Nr. 30. 27. lipca 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Helena NOWICKA, asyst. kliniki. Kraków.

O zawartości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym i ich znaczeniu rozpoznawczem w schorzeniach oponowych.

Z Kliniki chorób dziecięcych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według odczytu w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 16. stycznia 1924 roku).

Rozpoznawanie kliniczne przyrody zapaleń oponowych przedstawia czasami znaczne trudności. Prócz przypadków typowych, w których już objawy kliniczne pozwalają określić rodzaj schorzenia przed wykonaniem nakłucia lędźwiowego, zdarzają się inne, wymagające wykorzystania wszelkich dostępnych sposobów badania dla ustalenia rozpoznania.

W sprawach zapalnych opon rozpoznanie opiera się głównie na badaniu cytologicznem i bakterjologicznem płynu mózgowo-rdzeniowego. Metody te jednak często zawodzą. I tak, co do cytologicznego badania, to zupełnie podobne obrazy spotyka się w różnych chorobach, a znów w jednej i tejsamej chorobie, jak na to wbrew pierwotnym zapatrywaniom Widala, pierwszy zwrócił uwagę Lewkowicz (1), zmieniają się one zależnie od okresu choroby, lub od przypadku. Limfocytozę, która jest naogół cechującą dla gruźliczego zapalenia opon, spotykamy także w zapaleniu opon kiłowem, w zapaleniu nagminnem czasem w okresie początkowym, zawsze w okresie zdrowienia, a niekiedy nawet na szczycie rozwoju choroby. Spotykamy ją także, chociaż w mniejszym stopniu w niektórych ostrych chorobach zakaźnych ogólnych. Z drugiej strony wzór wielojądrzasty (polinukleozę) stwierdza się nierzadko w zapaleniu gruźliczem, zwłaszcza w razie obecności starszych zmian serowatych przytykających do opon (1)

Równie często zawodzi i badanie bakterjologiczne. Wykazanie prątków Kocha udaje się w przypadkach zapalenia gruźliczego zaledwie w połowie przypadków; tak samo nie zawsze udaje się, nawet przy bardzo dokładnem badaniu, odnaleźć drobnoustroje w zapaleniach innego pochodzenia. W zapaleniu nagminnem, pominąwszy okresy końcowe choroby, można także i w początkach daremnie poszukiwać w osadzie płynu rdzeniowego dwoinkę Weichselbauma. Wprawdzie badanie płynu komorowego daje w takich przypadkach wyniki dodatnie (Lewkowicz), jednak nakłucie komorowe za mało jest dotąd rozpowszechnione i w praktyce liczyć się trzeba głównie z płynem otrzymanym przez nakłucie lędźwiowe.

Hodowla prątków gruźliczych na pożywkach wymaga specjalnych warunków a przedewszystkiem długiego czasu i dlatego w klinice rzadko się jej używa, a z pośród innych drobnoustrojów wywołujących zapalenie opon, meningokoki często nie wyrastają na pożywce, jeżeli znachodzą się w płynie w małej ilości, lub są uszkodzone.

Wobec tego, że powyższe sposoby badania nie zawsze prowadziły do niedwuznacznych wyników, starano się osiągnąć rozstrzygnięcie innemi metodami, przedewszystkiem badaniem chemicznem płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie to opracowano głównie we Francji. Mestrezat zwrócił pierwszy uwagę na doniosłość badania chemicznego w ocenianiu stanu zdrowia opon i określaniu przyrody ich schorzenia. Na podstawie własnych spostrzeżeń stwierdził on pewną wybiórczość, czy swoistość z jaką składniki osocza przedostają się do płynu w sprawach zapalnych i przedstawił skład chemiczny płynu w rozmaitych chorobach. Oznaczenie ilościowe białka, cukru, chlorków, pozostałości suchej i popiołu daje jego zdaniem wyniki tak ścisłe, że na ich podstawie można opierać rozpoznanie z taką samą pewnością jak na podstawie obrazów anatomo-patologicznych.

Z pomiędzy wyróżnionych przez Mestrezata typów zmian chemicznych płynu, *»formules chimiques«* dla różnych zapaleń oponowych, zmiany w zapaleniu gruźliczem zwracają na siebie szczególniejszą uwagę, tak ze względu na częste wątpliwości rozpoznawcze w tej chorobie, jak i ścisłą swoistość zespołu chemicznego, pozwalającą te wątpliwości usunąć. Chodzi tu mianowicie o zmniejszenie się ilości cukru, popiołu i chlorków, a zwiększenie się ilości białka. Cukier zachowuje się zresztą podobnie jak w innych zapaleniach; białko jest naogół mniej obfite, jednak ścisłego rozgraniczenia przeprowadzić się nie daje. Natomiast zmniejszenie się ilości popiołu a zwłaszcza chlorków stanowić ma cechę zupełnie swoistą.

Wyniki te mogłyby mieć niewątpliwie wielkie znaczenie dla klinicysty, tembardziej, że zmiany powyższe spostrzegał Mestrezat bardzo wcześnie, a właśnie pierwsze dni choroby w zapaleniu opon gruźliczem bywają niekiedy tak mało cechujące, że pomimo budzącego się podejrzenia, nawet doświadczonemu lekarzowi trudno jest ustalić rozpoznanie tej beznadziejnej choroby wobec pozornie błahych objawów klinicznych. Musi się on bowiem z tem liczyć, że zespół objawów oznaczonych przez Dupré'go nazwą *»meningismus«* w chorobach zakaźnych i zatruciach może naśladować w zupełności pierwszy okres zapalenia gruźliczego W takich przypadkach wykluczenie podejrzenia lub potwierdzenie go jest w praktyce zagadnieniem doniosłem. Jest ono równie ważnem, gdy chodzi o rozstrzygnięcie między rozpoznaniem zapalenia opon gruźliczego a nagminnego, bo tu odpowiedź rozstrzyga o zastosowaniu leczenia swoistego surowicą. Wykorzystanie więc badania chemicznego z uwzględnieniem szczególnem oznaczenia ilościowego chlorków, o ileby to rzeczywiście dawało wyniki tak pewne, jak podaje Mestrezat, oddałoby w praktyce ważne usługi.

Sprawą tą zajmowano się dotąd poza granicami Francji mało. Mestrezat zebrał z piśmiennictwa przed 1912 rokiem kilka publikacji włoskich i niemieckich opartych na niedużym materjale, częściowo tylko zgodnych z jego wynikami. W wydanej w r. 1923 pracy Langego z Berlina (7) spotykamy się z twierdzeniem, że badanie chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego jest w Niemczech dotąd zupełnie zaniedbywane. On sam zgadza się naogół z Mestrezatem co do rozpoznawczego znaczenia obniżenia procentu chlorków w zapaleniu gruźliczem, przyznając wartościom od 0,5 do 0,6% znaczenie patognomoniczne dla tej choroby, choć z drugiej strony zaznacza, że tak niskie wartości stwierdza się niezbyt często i to tylko przy wybitnej i dość daleko posuniętej sprawie zapalnej. Podobne wyniki otrzymali także Steiner i Beck z kliniki budapeszteńskiej. W piśmiennictwie polskiem, o ile mi wiadomo, tematu tego nie poruszano.

Korzystając z dość znacznego materjału ambulatoryjnego i klinicznego, zajęto się w klinice naszej, obok zwykłego badania cytologicznego, bakterjologicznego i chemicznego na białko, cukier i globuliny, także oznaczaniem systematycznem ilości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym. Oznaczania popiołu nie wykonywano z braku środków technicznych. Ma ono zresztą mniejsze znaczenie, bo ilość popiołu zależy w pierwszym rzędzie od ilości chlorków.

W oznaczaniu chlorków posługiwano się, jak zresztą większość autorów — metodą Mohra, polegającą na strącaniu chlorku sodowego roztworem azotanu srebra. Do badania tego używano conajmniej 5 cm^3, z reguły zaś 10 cm^3 płynu, mniejsze bowiem ilości wskutek potęgowania się błędu przy spostrzeganiu granicy odczynu dają wyniki mniej pewne. Zaznaczyć trzeba, że u dzieci otrzymanie tej

ilości płynu nie przedstawia żadnej trudności. Odpuszczenie kilkunastu cm^3 a nawet powyżej 20 cm^3 płynu nie wywołuje żadnych zaburzeń, a w zapaleniu gruźliczem przynosi nawet często ulgę choremu.

Stosowany przy miareczkowaniu roztwór azotanu srebra zawiera 29,042 $AgNO_3$ w 1 litrze wody. 1 cm^3 tego roztworu ma strącać 0,01 gr. NaCl. Każdy odczynnik należy przed użyciem sprawdzić, strącając nim wiadomą ilość chlorku sodowego. Wprowadzenie w razie potrzeby odpowiedniej poprawki pozwoli uniknąć rozbieżności wyników otrzymywanych czasami w różnych pracowniach. Jako wskaźnik zakończenia odczynu służy 10% roztwór chromianu potasowego. Uprzednie usuwanie z płynu mózgowo-rdzeniowego ciał organicznych przez spalanie, względnie odbiałczanie i odcukrzanie płynu, okazało się według Mestrezata i kilku prób wykonanych przezemnie, zbędne. Wyniki są tesame, można więc sobie oszczędzić tych dość kłopotliwych w klinice zabiegów.

Prawidłowa zawartość chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosi przeciętnie 0,735% (0,72—0,76% według Mestrezata, 0,72—074% według Nobécourt'a i Voisin'a). Jestto ilość wyższa od ilości znajdującej się w surowicy krwi, gdzie procent chlorków waha się od 0,6 do 0,7%. Ta wyższa ilość chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym służy do wyrównania ciśnienia osmotycznego między tym płynem a osoczem krwi, ze względu na to, że płyn nie zawiera wielu składników osocza, nie przechodzących przez błony.

W sprawach zapalnych przychodzi do obniżenia zawartości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym, a to w związku: 1. z domieszaniem się do płynu mózgowo-rdzeniowego wysięku zapalnego, pochodzącego z osocza krwi i 2. z obniżeniem się zawartości części nieorganicznych osocza, zdarzającem się często w sprawach chorobowych, głównie w zakażeniach. Przeciwnie, w stanach upośledzenia przepuszczalności nerek, procent chlorków wzrasta ponad normę.

Płynów prawidłowych zbadano w klinice na zawartość chlorków 27. Pochodziły one z przypadków ginekologicznych z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. Wartości otrzymane wahały się między 0,71 a 0,76% NaCl a mianowicie:

0,71%	stwierdzono w przypadkach	4
0,72	„ „	10
0,73	„ „	2
0,74	„ „	3
0,75	„ „	1
0,76	„ „	7

Przeciętna z tych liczb wynosi 0,733% zgadza się więc z wynikami autorów francuskich.

Co do płynów patologicznych to najwięcej, bo 60 przypadków dotyczy zapalenia gruźliczego opon mózgowo-rdzeniowych. Są to przeważnie przypadki ambulatoryjne jednak zupełnie niewątpliwe, których rozpoznanie opierało się na znalezieniu prątków lub typowym zupełnie przebiegu klinicznym. Wśród tych chorych było 8 osesków, 32 dzieci w wieku przedszkolnym, 16 dzieci w wieku od lat 6—13 i 4 osoby dorosłe w wieku 20—26 lat. Połowę tych przypadków badano w pierwszym tygodniu choroby, połowę zaś w okresie późniejszym.

W płynach z tych zapaleń gruźliczych ilość ciałek białych wynosiła 64—800 w 1 mm^3, w największej liczbie przypadków wynosiła 100—300 ciałek. W osadzie w 53 przypadkach stwierdzono prawie wyłączną limfocytozę, w 7 przypadkach (11,6%) polinukleozę. Prątki znaleziono w 26 przypadkach (43,3%). Ilość białka wahała się od 0,05 do 0,4%.

Zawartość procentowa chlorków wahała się od 0,51 do 0,68%, a mianowicie:

0,51%	stwierdzono w przypadkach	2
0,54	„ „	3
0,55	„ „	5
0,56	„ „	3
0,57	„ „	6
0,58%	stwierdzono w przypadkach	6
0,59	„ „	5
0,60	„ „	3
0,61	„ „	5
0,62	„ „	6
0,63	„ „	8
0,64	„ „	4
0,65	„ „	2
0,68	„ „	2

A więc wbrew twierdzeniom Mestrezata, że zawartość chlorków w granicach od 0,65% wzwyż wyklucza zapalenie gruźlicze, spostrzegano niewątpliwe przypadki tej choroby, w których chlorki przekraczały te, tak ściśle przez wspomnianego autora zakreślone granice. Trzeba podnieść, że spostrzeżenia nasze w zapaleniu gruźliczem opierają się na materjale prawie 4-krotnie liczniejszym niż materjał Mestrezata.

Ilość 0,65% NaCl stwierdzono dwukrotnie wśród naszych przypadków, w pierwszym tygodniu choroby. Objawy kliniczne były wyraźne, w jednym osadzie stwierdzono prątki gruźlicze, w drugim ich nie znaleziono. Limfocytoza, ilość białka 0,1 do 0,2%, obniżenie ilości cukru, odpowiadały zresztą zwykłemu obrazowi zapalenia gruźliczego.

W dwu przypadkach otrzymano ilości jeszcze wyższe, bo 0,68% NaCl, a ilość ta dopiero w dalszym przebiegu choroby uległa znacznemu obniżeniu. W jednym z tych przypadków chodziło o oseska 10-miesięcznego, przyjętego do kliniki w 3-im dniu choroby. Jak się to często zdarza u osesków, przebieg choroby był niezupełnie typowy, śmierć nastąpiła już w 7-ym dniu. Płyn mózgowo-rdzeniowy w 4 ym dniu choroby zawierał 7000 ciałek czerwonych, 180 białych, 0,12% białka; w osadzie 70% limfocytów, prątków nie znaleziono. W 6-ym dniu choroby przy nieco mniejszej ilości ciałek białych i czerwonych stwierdzono 0,25% białka i 0,68% chlorków. Sekcja wykazała: »*Meningitis basilaris, haematoma subarachnoideale ad medullam oblongatam. Tbc. lymphogland. mediastinalium. Tbc. miliaris universalis*«.

W drugim przypadku u chłopczyka 5-cio letniego, z objawami powiększenia gruczołów śródpiersia, u którego przebieg kliniczny zapalenia opon był całkiem typowy, a badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywało stale limfocytozę, białka 0,14—0,35%, globuliny +, ślad cukru, ilość chlorków wynosiła: w 5-ym dniu choroby 0,68%, w 6-ym 0,64%, w 8-ym 0,62%, w 10-ym 0,61%, w 12-ym 0,6%, w 14-ym 0,59%, w 17-ym 0,57%. W surowicy krwi stwierdzono w tym przypadku w 6-ym dniu choroby 0,62%, w 12-ym dniu 0,54% NaCl (oznaczane metodą Hammarstena, po odbiałczeniu przez $MgSO_4$). Dziecko zmarło w 19-ym dniu choroby, a na sekcji stwierdzono: *M-gitis basilaris. Tbc. lymphoglandularum mediastinalium. Tbc. miliaris hepatis et lienis.*

W naszych przypadkach zapalenia opon gruźliczego stwierdzano więc prawie stale wybitne obniżenie się ilości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym; jednak obniżenie od 0,61% w dół, uważane przez Mestrezata za objaw patognomoniczny tego schorzenia stwierdzano tylko w 66% przypadków; przeciętna zawartość wynosiła 0,595% NaCl. Można było zauważyć zależność tego obniżania się od czasu trwania choroby: wartości najwyższe spotykano naogół w pierwszych dniach, najniższe z końcem choroby. Wahania osobnicze mogą być znaczne: zdarzało się w 3-im dniu choroby stwierdzić 0,59% w jednym przypadku, a w drugim jeszcze z początkiem drugiego tygodnia 0,62% i t. p. Wahania te zależeć mogą od tego, czy zapalenie gruźlicze opon rozwinęło się u osobnika, wykazującego już przedtem poważniejsze zmiany w innych narządach, z trwającą dłuższy czas gorączką i postępującą demineralizacją ustroju, czy też rozwijało się ono jako sprawa prawie samodzielna, przy ognisku pierwotnem nieznacznem i nie dającem objawów ogólnych przed rozwojem zapalenia opon. Wchodzić tu może w grę i ta okoliczność, że już w płynach prawidłowych zawartość chlorków waha się w granicach kilku setnych pro-

centu. Stopień obniżenia się może być w dwu różnych przypadkach jednakowy, a mimoto wynik końcowy różny.

Fakt, że obniżenie zawartości chlorków jest naogół w zapaleniu opon gruźliczem znaczniejsze niż w innych zapaleniach, wskazuje na zależność tego zjawiska w większym stopniu od czynników ogólnych, niż od zmian miejscowych w splotach i oponach. Zakażenie gruźlicze ogólne powoduje demineralizację ustroju, a w następstwie tego obniżenie zawartości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym, nawet jeżeli nie stwierdza się żadnych objawów zapalenia opon. Przemawia za tem spostrzegany w klinice przypadek gruźlicy prosówkowej u dziewczynki 10-letniej, u której w 12-ym dniu choroby stwierdzono w płynie zupełnie prawidłowym pod względem zawartości ciałek białych, białka i cukru, tylko 0,62% chlorków. Spostrzeżenie to nasuwa myśl, że oznaczanie ilościowe chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym jako prosty sposób stwierdzenia demineralizacji ustroju, mogłoby być wykorzystane w celach rozpoznawczych w gruźlicy ostrej. Badania w tym kierunku rozpoczęto w naszej klinice.

Obniżenie zawartości chlorków stwierdza się także w zapaleniu opon nagminnem, ale ma ono być według autorów francuskich mniej znaczne, bo utrzymujące się w granicach od 0,63 do 0,7%. Wartości poniżej 0,63% mają zapalenie nagminne wykluczać.

U nas w pierwszym tygodniu choroby otrzymano u dzieci od 9 miesięcy do 13 lat wyniki następujące:

0,59%	stwierdzono w przypadkach	1
0,60	„ „	1
0,66	„ „	1
0,67	„ „	1
0,69	„ „	2
0,70	„ „	1

W przypadkach tych objawy kliniczne były zupełnie typowe, w płynie stwierdzano obfitą ropę i meningokoki. Co się tyczy wyników 0,60 i 0,59%, a więc liczb, według Mestrezata, cechujących wyłącznie zapalenie gruźlicze, to stwierdzono je u dzieci l. 9 i 13, w pierwszych dniach choroby. Stan był ciężki, objawy oponowe wybitne. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał 6.000—30.000 ciałek białych w 1 mm³. Zaznaczyć trzeba, że w obu tych przypadkach stwierdzano w dniach oznaczenia chlorków, zwężenie komór mózgowych (2, 5 i 2 mm), co przemawiało za obrzękiem mózgu. Wyleczenie osiągnięto w obu przypadkach po kilkakrotnem zastosowaniu surowicy swoistej.

W okresach późniejszych choroby, t. zn. po pierwszym tygodniu otrzymywano w naszych przypadkach wyniki zupełnie zgodne z wynikami autorów francuskich. A mianowicie: w jednym przypadku u dziecka 4 letniego przy objawach klinicznych niezbyt ciężkich, lecz bardzo uporczywem zakażeniu, które dopiero po 3-tygodniowem stosowaniu surowicy udało się wyleczyć, zawartość chlorków utrzymywała się stale na wysokości 0,65—0,66% przez miesiąc, a po zupełnem wyleczeniu podniosła się do 0,74%. W innym przypadku, u dziewczynki 11 letniej, z końcem 3 i w ciągu 4 tygodnia choroby, przy zmniejszającem się, pod wpływem leczenia surowicą, ropieniu, otrzymywano wartości: 0,65 — 0,66 — 0,69 — 0,70 — 0,72 — 0,71%, NaCl, a więc ilość chlorków wzmagała się w miarę ustępowania zapalenia. To samo zauważono i w innym przypadku, u chłopczyka 9-cio mies. (0,67 — 0,69 — 0,73% NaCl).

Raz stwierdzono 0,65% NaCl z końcem 3 tygodnia choroby u chłopca 13 letniego.

W drugim, trzecim i czwartym miesiącu choroby, znaleziono dwa razy 0,64% NaCl w przypadkach, które w związku z późnem zgłoszeniem się do leczenia zakończyły się śmiercią; w dwu innych przypadkach z tego samego okresu choroby, jednak o objawach mniej ciężkich i przebiegu korzystnym ilość chlorków wynosiła 0,70%.

Według naszych przypadków zawartość chlorków w zapaleniu nagminnem wynosiła przeciętnie 0,664%.

Pozatem stwierdzono: W stanie wodogłowia po przebytem zapaleniu opon mózgowych w 4 przypadkach prawidłową zawartość chlorków (0,71—0,75%), a w 1 przypadku wodogłowia wrodzonego 0,95% NaCl.

W 1 przypadku zapalenia opon gronkowcowego 0,64% NaCl
W 1 „ „ „ łańcuszkowcowego 0,64% NaCl
W 1 „ „ „ kiłowego 0,69% NaCl

W 1 przypadku zapalenia opon o nieznanej etjologji, u dziecka 10-cio miesięcznego stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym wybitną limfocytozę (1.800 ciałek białych w 1 mm³ z tego 92% limfocytów) i dwukrotnie 0,67 i 0,68% NaCl, którato ilość przemawiała przeciw rozpoznaniu zapalenia gruźliczego. Rzeczywiście w tym przypadku nastąpiło samoistne wyleczenie.

W zapaleniu mózgu stwierdzono w 4 przypadkach wartości 0,70 — 0,74 — 0,75 — 0,85% NaCl.

W 3 przypadkach duru brzusznego otrzymano wartości 0,68 — 0,69 — 0,71% NaCl a w 2 przypadkach zapaleń miedniczek nerkowych 0,71 i 0,72% NaCl.

Wyniki powyższe uprawniają nas do następujących wniosków:

1. Obniżenie zawartości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym należy do stałych objawów zapalenia opon; najwybitniej zjawisko to występuje w zapaleniu opon gruźliczem.

2. Wyniki przy zapaleniu opon gruźliczem z jednej strony a innych zapaleniach z drugiej strony, są wprawdzie naogół wyraźnie rozbieżne, częściowo jednak zachodzą na siebie, a mianowicie:

a) o ile można polegać na dotychczasowych badaniach, tylko wartości poniżej 0,58% NaCl są bezwzględnie cechujące dla zapalenia opon gruźliczego.

b) Wartości między 0,59 a 0,63% NaCl spotyka się najczęściej w zapaleniu opon gruźliczem, wyjątkowo jednak i w zapaleniu nagminnem; wyniki te mogą bardzo przemawiać za schorzeniem gruźliczem, zwłaszcza w łączności z innemi objawami (jak przebieg kliniczny, a w płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytoza, niewysoka zawartość białka i t. p.).

c) Wartości od 0,64 do 0,68% NaCl naogół cechujące zapalenia ropne i surowicze pochodzenia niegruźliczego można czasami znaleźć i w płynach gruźliczych, w początkowym okresie choroby. Obniżają się one następnie zwykle szybko, jednak przy jednorazowem badaniu płynu wartości tego rodzaju nie mogą dawać żadnych wskazówek rozpoznawczych. Takie wysokie wartości spostrzegano w naszych przypadkach zapalenia gruźliczego u 15% chorych.

Jeżeli się weźmie pod uwagę, że przytoczone dwa przypadki zapalenia nagminnego o zawartości chlorków 0,59 i 0,60%, ze względu na objawy kliniczne i inne wyniki badania płynu nie nasuwały najmniejszej wątpliwości rozpoznawczej (już samo wejrzenie wybitnie ropnego płynu rozpoznanie zapalenia gruźliczego wyłączało) można obniżenie chlorków od 0,51 do 0,63% uznać za cechę właściwą zapaleniu gruźliczemu. Objaw ten spostrzegano jednak tylko w 85% przypadków.

Ostatecznie więc musimy dojść do wniosku, że oznaczeniu ilościowemu chlorków nie można przyznawać takiej doniosłości jaką mu w rozpoznawaniu zapaleń gruźliczych przypisywał Mestrezat. Właściwe temu zapaleniu bardzo wybitne obniżenie się ilości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym nie jest bowiem zjawiskiem bezwzględnie stałem; zdarzają się wyjątki i to właśnie w okresie początkowym, kiedy rozpoznanie największe przedstawia trudności.

Oznaczenie ilości chlorków nie powinno być zatem badaniem odosobnionem. Dopiero w łączności z wynikami badania bakterjologicznego i cytologicznego daje ono wielokrotnie bardzo cenne wskazówki rozpoznawcze, i wtedy też zasługuje w całej pełni na powszechne uwzględnienie w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego.

Piśmiennictwo:

1) Lewkowicz. Bull. Soc. de pediatr. Paris 1902. — 2) Tenże. Rozp. Akad. Nauk Lek. Warszawa 1922. — 3) Mestrezat. Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. Paris 1912. — 4) Tenże. Gazette des hôpitaux Nr. 53. 1912. — 5) Tenże. Analyse du liquide céph.-rach. dans la meningite sér.-

spinal à meningocoques. Paris 1909. — 6). Tenże. Procédés cliniques pour l'examen chimique du liquide c.-r. Lyon 1921. — 7) Lange. Lumbalpuntion und Liquordiagnostik. Kraus-Brugsch: Spez. Path. u Therap. innerer Krankheiten. Bd. II., III. Teil. Berlin-Wien 1923. — 8) M. H. Méry et Armand Delille. Méningite tuberculeuse. (Traité des maladies de l'enfance. Graucher-Comby Tome IV. Paris 1905). — 9) E. Dupré. Le méningisme. loc. cit. — 10) Steiner u. Beck. Jahrb. d. Kinderheilk. November 1923.

Dr. Aleksander KAPŁAN. Wilno.

Przyczynki do oceny metody badania żołądka zapomocą próbnego śniadania alkoholowego *).

(Z Polikliniki Kasy Chorych m. Wilna).

W metodyce badania zawartości żołądka dawała się odczuwać dotychczas poważna luka — albowiem wszystkie ogólnie przyjęte sposoby dawały badaczom nie czysty sok żołądkowy, a li tylko tę lub inną jego mieszaninę z resztkami pokarmowemi. Zaproponowane przez prof. Ehrmanna 1) w r. 1914 alkoholowe próbne śniadanie miało zapełnić wspomnianą lukę. Metoda Ehrmann'a, nieco zmieniona później przez Silva-Mello 2), polega na następującem: chory wypija naczczo 300 gr 5% wodnego roztworu alkoholowego, poczem po upływie $^1/_2$ godziny wykonywa się wypompowanie żołądka; otrzymany w ten sposób płyn w prawidłowych warunkach zawiera prawie wyłącznie czysty sok żołądkowy: alkohol wchłania się bardzo szybko (v. Mehring), woda zaś, jak dowiodły badania Boas'a i Moritz'a, w ilości 400 cm³ opuszcza zdrowy żołądek w ciągu $^1/_2$ godziny. Co prawda, zastosowanie alkoholowego próbnego śniadania nie wyłącza domieszki do zawartości żołądkowej śliny i śluzu z jamy ustnej i przełyku, często nawet soku z kiszek w przypadkach zwracania pokarmów (*regurgitatio*); o tych domieszkach będzie mowa niżej.

Metodę Ehrmann'a stosowano w niektórych klinikach niemieckich; podług v. Friedrich'a 2), 3), metoda ta uzyskała prawo obywatelstwa w Franfurckiej klinice prof. Bergmann'a i stosuje się ją tam w codziennej praktyce. Wszelako dotychczas opublikowano niewiele materjału, dotyczącego zastosowania tej metody, i wnioski poszczególnych autorów nie zupełnie są zgodne. Z tego powodu uważam za rzecz stosowną dołączenie do istniejącego materjału swoich własnych spostrzeżeń, przeprowadzonych w ciągu ostatnich miesięcy w Poliklinice Kasy Chorych m. Wilna. Należy nadmienić, że prócz głównego próbnego zadania — otrzymania możliwie czystego soku żołądkowego — wprowadzenie do praktyki alkoholowego próbnego śniadania ma swoje usprawiedliwienie w całym szeregu braków przyjętego ogólnie próbnego śniadania Boas-Ewald'a; wspomnimy o nich w krótkim zarysie: zawartość żołądka w chwili wyciągania nie jest jednorodna, jest ona ułożona warstwami o różnej konsystencji i rozmaitym stopniu kwaśności, niepodobna więc określić, z jakiej warstwy pochodzi wydobyty sok żołądkowy; na wynik badania w znacznej mierze wpływa taki czynnik jak żucie, którego działanie nie może być ściśle obliczone; w praktyce ma się do czynienia z nader różnorodnym składem próbnego śniadania wskutek ciągle zmieniających się właściwości jego części składowych; wreszcie wydobyta zawartość żołądkowa bywa tak mętna, że często nie podobna odróżniać makroskopowo pozostałych resztek wcześniej przyjętego pokarmu, odrobiny zaś bułki nieraz zatykają otwory zgłębnika.

Dr. Friedrich i inni przeciwstawiają brakom próbnego śniadania Boas-Ewald'a dodatnie strony metody Erhmann'a: prócz już wspomnianej możliwości otrzymania prawie czystego soku żołądkowego, podkreślają oni wyższość alkoholowego próbnego śniadania pod wieloma względami: przedewszystkiem brak zwartych cząsteczek pokarmu pozwala na użycie cieńszego zgłębnika żołądkowego, co znacznie ułatwia samą procedurę wypompowania; następnie zdolność alkoholu do strącania śluzu stwierdza obecność jego w tych przypadkach, w których to się nie udaje zapomocą zwykłych metod badania. Zdaniem v. Friedrich'a można w przeźroczystym soku, otrzymanym po alkoholowem próbnem śniadaniu, gołem okiem odróżnić śluz, pochodzący z jamy ustnej i przełyku, od śluzu, wydzielonego przez ściany żołądka. Szczególnie ma się uwydatniać dogodność alkoholowego próbnego śniadania w określaniu nietylko wydzielniczej lecz również ruchowej zdolności żołądka, dzięki czemu pompowanie żołądka naczczo staje się zbytecznem: ta dogodność tłumaczy się zarówno nieobecnością w składzie alkoholowego próbnego śniadania zwartych cząstek pokarmowych, jak i przeźroczystością otrzymanego w ten sposób soku żołądkowego, w którym najmniejsze poboczne domieszki są już widzialne gołem okiem; nadto pewne znaczenie ma również ilość soku, ponieważ w prawidłowych warunkach ilość ta waha się w pewnych granicach, ilości zaś, przekraczające maksymalną granicę, mają świadczyć o nadmiernej sekrecji względnie o zatrzymaniu zawartości żołądkowej. Aby ułatwić określenie ruchowej zdolności żołądka metodą Ehrmann'a, v. Friedrich uzupełnił tę metodę w sposób następujący: o godzinie 9-ej wieczór, po kolacji, chory połyka 2 gr karminu w kapsułce; następnego dnia z rana o pół do dziewiątej otrzymuje on alkoholowe próbne śniadanie, a o godzinie 9 wydobywa się zawartość żołądka; obecność makroskopowo widzialnych cząsteczek karminu poza śluzem dowodzi znacznego stopnia retencji lub też braku w całości ściany żołądkowej (owrzodzenie). Bardziej prostą, choć mniej dokładną, jest próba z kartoflem: wieczorem chory zjada kilka nieobranych kartofli; w wydobytej po 12 godzinach zawartości żołądkowej w prawidłowych warunkach nie powinno być łupiny kartoflanej; obecność jej świadczy o retencji. Czystość roztworu alkoholowego pod względem bakterjologicznym umożliwia nader dokładne zbadanie kwasu mlecznego i flory żołądkowej, zaś brak w jego składzie ciał białkowych ułatwia metody badania, oparte na zasadzie określania produktów rozpadu białka (reakcje Salomon'a i Wolff Junghans'a).

O ile zostały obszernie omówione w piśmiennictwie dodatnie strony metody Ehrmann'a, o tyle mało znajdujemy danych o jej stronach ujemnych. Soos zwrócił uwagę na niedokładność cyfr kwaśności wskutek powracania do żołądka alkalicznego soku dwunastnicy; o tem wspominają pobieżnie i inni. Neumann i v. Friedrich podkreślają, że w przeciwieństwie do próbnego śniadania Boas-Ewald'a, alkoholowe próbne śniadanie nie pozwala określić chemifikacji w żołądku, lecz nie przywiązują do tego większej wagi; jeszcze mniej istotnemi wydają się v. Friedrich'owi takie okoliczności, że alkohol nie jest częścią składową zwykłego pokarmu ludzkiego lecz niezwykłym środkiem drażniącym, z drugiej zaś strony swoisty mechanizm jego działania sokopędnego. Otrzymane przezemnie wyniki, do których zanalizowania obecnie przystępuję, wykazują, że ujemne znaczenie wspomnianych czynników było dotychczas niedoceniane.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że rozmiary zadania, którego mogłem się podjąć, były ograniczone przez techniczne warunki pracy w Poliklinice Kasy Chorych, a więc z otrzymanych przezemnie danych mógłbym korzystać przy ocenie metody Ehrmann'a przedewszystkiem z cyfr zawartości wolnego kwasu solnego. Zresztą to właśnie zagadnienie było dla mnie najistotniejszem, albowiem zdawało mi się że przystąpić do oceny nowej metody należy właśnie z tej strony, t. j. z rozstrzygnięcia kwestji, czy otrzymane przy tem cyfry zawartości kwasu solnego dają prawidłowe pojęcie o sekrecji w żołądku i czy można, opierając się na tych cyfrach, ułożyć stałą skalę do określenia różnych stopni sekrecji, jak to ma miejsce z próbnem śniadaniem Boas-Ewald'a. Rozumie się samo przez się, że w tych klinikach, gdzie alkoholowe próbne śniadanie uzyskało prawo obywatelstwa, taką skalę uważają za ustanowioną; ale nawet taki zwolennik metody Ehrmann'a jak v. Friedrich, w swych dwóch pracach, poświęconych tej metodzie, w styczniu i grudniu tego samego 1921 r. — przytacza dwie rozmaite skale: podług pierwszej, cyfry ogólnej kwaśności wahają się w granicach od 20 do 35, wolnego kwasu solnego — od 12 do 25; podług zaś drugiej, — od 25 do 40 i od 15 do 30; ogólna ilość wydobytej z żołądka zawartości waha się w gra-

*) Odczyt wygłoszony w Wileńskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 16 marca 1923 r.

T A B L I

Nr. porządkowy	Chory		Rozpoznanie	Wyniki badania zawartości żołądkowej po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda					
	Imię i nazwisko wiek	Mężczyzna czy kobieta		Ogólna kwaśność	Wolny HCl	Obecność karminu — i w jakim stanie	Obecność łupiny kartoflanej	Śluz	Ilość
1	R. K.	k. 21	Neuros. gastric. (polysymptomat.)	75	42			nieznaczna ilość	115
2	I. I.	m. 40	Gastrit. chron. anacid.	2	0			jest	40
3	W. S.	m. 18	Ulc. duoden.	60	44			»	110
4	I. G.	m. 48	Ulc. ventric.	75	52			nieznaczna ilość	60
5	S. S.	k. 38	Ulc. ventric. Perigastrit. Dilatat. ventric.	21	10,5			jest	125
6	W. S.	m. 19	Ulc. ventric.	82	60			nieznaczna ilość	40
7	I. T.	m. 18	Gastrit. chron. (exarcebat.)	55,5	43			jest	19
8	E. F.	m. 45	Ulc. ventric.	75	55			nieznaczna ilość	100
9	S. S.	m. 42	Gastrit. acid. Gastrectas.	51	38			wiele	105
10	I. P.	m. 50	Carcin. ventric.	10	0			nieznaczna ilość	50
11	O. W.	k. 36	Gastrit. chron. Aton. ventric.	57	41			»	35
12	M. D.	k. 35	Gastrit. chron. anacid.	5	0	niema	niema	»	80
13	B. B.	k. 23	Entero-colit. chron. Gastrit. subacid.	23	7	»	»	»	73
14	A. S.	k. 35	Ulc. ventr. Gastrectas.	40	25	jest — w śluzie i poza nim	»	»	110
15	C. G.	k. 20	Gastrit. chron. Neurasthen.	30	12	niema	»	»	58
16	S. D.	m. 26	Gastrit. chron. subacid.	25	10	»	»	»	40
17	M. G.	m. 18	Gastrit. acid.	52	41	ślad	»	jest	83
18	I. S.	m. 56	Gastrit. acid. Ulc. ventric. (?)	60	50	niema	»	nieznaczna ilość	60
19	B. D.	k. 35	Gastrit. et gastrosuccorhoëa.	45	26	»	»	wiele	35
20	S. P.	m. 33	Gastrectas. Gastrit. chron.	70	40	jest — nie wiele w śluzie	»	jest	155

C A 1 a).

Wyniki badania zawartości żołądkowej po alkoholowem próbnem śniadaniu							Odchylenia pod wzgl. zawartości wolnego HCl w procentach od skali	
Ogólna kwaśność	Wolny HCl	Obecność karminu — i w jakim stanie	Obecność łupiny kartoflanej	Śluz	Żółć	Retencja resztek pokarmowych	I.	II.
25	16			nieznaczna ilość	niema	niema	— 36,5	— 49,2
0	0			jest	»	»	0	0
28,5	20,5			»	jest	»	— 22,3	— 37,9
40	35			nieznaczna ilość	niema	»	+ 12,1	— 10,2
20	16			jest	»	»	+ 154	+ 100
50	35			nieznaczna ilość	»	»	— 2,8	— 22,2
17	14			jest	»	»	— 45,7	— 56,6
50	42			»	»	»	+ 27,2	+ 1,9
69	59	niema	jest (w postaci burych kłaczków)	wiele	»	mikroretencja (ziarnko skrobi, krople tłuszczu	— 158,7	+ 108
5	0	jest — w śluzie i poza nim	—	jest	»	niema	0	0
32	26	niema	niema	nieznaczna ilość	»	»	+ 5,7	— 15,3
0	0	»	»	»	»	»	0	0
23	14	»	»	wiele	»	»	+ 233,3	+ 173,2
14	8	jest — w śluzie i poza nim	»	»	»	»	— 46,7	— 57,3
25	15	niema	»	jest	»	»	+ 108,3	+ 66,7
15	5	»	»	wiele	»	»	— 16,7	— 33,3
43	36	»	»	jest	»	»	+ 46,3	+ 16,8
40	30	jest — w jednym z kłaczków śluzu	»	»	»	»	0	— 20
28,8	16,2	niema	»	wiele	»	»	+ 3,8	— 28,2
30	20	jest — niewiele w śluzie i poza nim	jest (w postaci żółt. kłaczków)	»	»	»	— 16,7	— 33,3

nicach od 30 do 80 cm³. Możliwe, że różnicę tę należy tłumaczyć obniżeniem sekrecji w okresie wojennym i powojennym i stopniowem jej wzrastaniem w miarę powrotu do normalnych warunków życia, co niejednokrotnie było omawiane w piśmiennictwie lekarskiem. Na wszelki przypadek porównywałem otrzymane przezemnie dane zarówno z obiema skalami v. Friedrich'a, jak też i z ogólnie przyjętą skalą Boas-Ewald'a.

Porównywanie było wykonywane według następującego obliczenia: normy Boas-Ewald'a dla wolnego kwasu solnego wynoszą od 20 do 40; I. skala v. Friedrich'a — 12 do 25, II. skala — od 15 do 30; oznaczmy otrzymaną przezemnie cyfrę kwasu solnego po śniadaniu Boas-Ewald'a przez m, po alkoholowem — przez n. Dwudziestu jednostkom kwasu solnego według Boas-Ewald'a odpowiada 12 jednostek według I. skali v. Friedrich'a i 15 — podług II.; a zatem — m jednostkom Boas-Ewald'a odpowiada $\frac{12\ m}{20}$ według I. skali i $\frac{15\ m}{20}$ według II.; w ten sposób różnica między faktycznie otrzymaną przezemnie po alkoholowem próbnem śniadaniu cyfrą wolnego kwasu solnego n a temi cyframi, które powinno się otrzymać według I. i II. skali v. Friedrich'a wynosi $n - \frac{12\ m}{20}$ i $n - \frac{15\ m}{20}$.

Wszystkiego zbadałem dwudziestu chorych. Wypompowanie żołądka według Ehrmann'a odbywało się następnego dnia lub też w parę dni po wypompowaniu według Boas-Ewald'a, po części, w odwrotnej kolejności: w trzech ostatnich przypadkach dokonywano najpierw wypompowania naczczo. Wszyscy chorzy pozostawali przez dłuższy czas pod moją obserwacją i byli poddani starannym badaniom klinicznym. Jak widać z podanej tablicy pierwszej, z wyjątkiem przypadku osiemnastego i wszystkich trzech przypadków zupełnej achylji żołądkowej (przypadki 2, 10 i 12), ani w jednym z pozostałych przypadków faktycznie otrzymane przezemnie cyfry wolnego kwasu solnego nie są zgodne z temi cyframi, jakie powinno się otrzymać, wyrażając wyniki Boas-Ewald'owskiego próbnego śniadania w cyfrach 1-ej i 2-ej skali v. Friedricha; odchylenie od cyfr v. Friedrich'a, oznaczone procentowo, waha się od minimalnej wielkości 1,9% w 8 przypadku do maksymalnej — 233,3% w 13 przypadku, — zarówno w kierunku nadmiaru, jak i w kierunku niedomiaru cyfr kwasu solnego względem obu skal v. Friedrich'a; pierwsze przypadki zostały oznaczone w tablicy znakiem +, drugie — znakiem —.

TABLICA 1 b).

Wyniki badania zawartości żołądkowej naczczo.								
Nr. porządkowy (podług tabl. 1 a).	Ilość	Ogólna kwaśność	Wolny HCl	Obecność karminu i w jakim stanie	Obecność łupiny kartoflanej (makroskopowo)	Śluz	Żółć	Retencja resztek pokarmowych
18	Naczczo żadnej zawartości płynnej w żołądku.							
19	35	33	22	niema	niema	jest	jest	niema
20	35	50	35	jest — wiele w śluzie i poza nim	»	wiele	niema	makroskopowo: wiele tłuszczu (po części zastygł.), cząsteczki pokarmu (razem ze śluzem): retencja makrosk.
								mikroskop.: tłuszcz, skrobia, komórki roślinne

Na szczególną uwagę zasługuje kwestja dogodności alkoholowego próbnego śniadania do zbadania ruchowej zdolności żołądka. Zaczynając od przypadku 9-go we wszystkich następujących dawałem chorym wieczorem w przededniu wypompowania kartofle nieobrane i karmin w opłatku (1 lub 2 gr). Cząsteczki karminu poza śluzem, co według v. Friedrich'a świadczy o znacznym stopniu retencji, znajdywano w zawartości żołądkowej, wydobytej po alkoholowem próbnem śniadaniu w 10, 14 i 20 przypadku, gdzie również klinicznie stwierdzono niewątpliwe objawy retencji; nadto w 20-ym przypadku wydobyto naczczo 35 gr wybitnie kwaśnej zawartości z resztkami pokarmowemi i odrobinami karminu w śluzie i poza nim; w 19-ym przypadku, gdzie naczczo wydobyto z żołądka kwaśny sok, nie było ani resztek pokarmowych, ani karminu. A więc zastosowanie karminu może często wykrywać znaczny stopień retencji. Co się zaś tyczy łupiny kartoflanej, to nie zauważono jej makroskopowo w żadnym przypadku, a mikroskopowo — tylko w 2 przypadkach i to z trudnością można było ją odnaleźć w zawartości żołądkowej, wydobytej po alkoholowem próbnem śniadaniu; dlatego też ten sposób określenia retencji należy uważać za zupełnie nieodpowiedni.

Otóż, pomijając drugorzędne strony w ocenie alkoholowego próbnego śniadania, należy powiedzieć, że zagadnienie zasadnicze o jego dogodności dla określania stanu sekrecji żołądkowej zostaje na podstawie przytoczonych spostrzeżeń rozwiązane w sensie ujemnym: niema ścisłego paralelizmu między cyframi wydzielania kwasu solnego według Boas-Ewald'a i według Ehrmann'a, a zatem ostatnia metoda nie daje nam miary do sądzenia o stopniu uchylenia sekrecji żołądkowej od stanu prawidłowego. To się daje wytłumaczyć przez dwa zasadnicze momenty działania alkoholu na żołądek: po pierwsze, w farmakodynamicznym mechanizmie tego działania, i po drugie — w zjawisku t. zw. zwracania, t. j. przedostawania się soku dwunastnicy do żołądka. Wpływ alkoholu na sekrecję żołądkową, w odróżnieniu od jej zwykłych bodźców pokarmowych, zależy nietylko od działania bezpośredniego na komórki wydzielnicze lecz również od całego szeregu innych warunków: już samo podrażnienie alkoholem jamy ustnej powoduje odruchowe wydzielanie soku żołądkowego, przyczem znaczenie tego czynnika ma się silnie wahać w zależności od subjektywnego stosunku do smaku i zapachu alkoholu w każdym poszczególnym przypadku; następnie alkohol, szybko wsiąkając, wykazuje prócz działania bezpośredniego na ścianę żołądka, również i działanie resorbcyjne przez krew: badania Riegel'a, Metzger'a i Radzikowskiego stwierdziły działanie sokopędne umiarkowanej dozy alkoholu nietylko przy wprowadzeniu go do żołądka, lecz również przy wprowadzeniu do odbytnicy w postaci lewatywy, a Gizelt otrzymał takie same działanie po podskórnem zastrzykiwaniu rozcieńczonego alkoholu. Najbardziej w tej kwestji miarodajna praca Kast'a 5) p. t. »Badania doświadczalne nad działaniem alkoholu na żołądek« uznaje jednak za rzecz niemożliwą danie ścisłej odpowiedzi na pytanie, jak wielki jest udział w działaniu sokopędnem alkoholu, krążącego we krwi. Natomiast podkreśla ona nadzwyczaj ważną różnicę pomiędzy wydzielaniem soku pod wpływem alkoholu w zdrowym i w chorym żołądku; w przewlekłych stanach zapalnych żołądka działanie sokopędne alkoholu występuje w znacznie mniejszym stopniu — i odwrotnie — o wiele intensywniejszy jest jego wpływ na wydzielanie śluzu.

Jeszcze większe znaczenie dla zrozumienia wahań kwaśności soku żołądkowego po alkoholowem próbnem śniadaniu posiada zjawisko zwracania, którego istota i przebieg zostały wyjaśnione dopiero niedawno dzięki ciekawym badaniom Bołdyrew'a i innych. Już od dawna zauważono zdolność żołądka do zmniejszania stężenia wlanych doń roztworów. Bołdyrew i Migaj znaleźli, że wlane do żołądka roz-

twory kwasów (od 0,2% do 0,5% według HCl) zostają doprowadzone w żołądku prawie do jednakowej koncentracji od 0,2% do 0,1% HCl, zaś słabsze roztwory, n. p. 0,05% roztwór HCl, zwiększają swą kwaśność w żołądku do 0,1% — 0,15% HCl. Jednocześnie z obniżeniem kwaśności wlanego do żołądka roztworu mętnieje on i przybiera barwę zielonkawo-żółtą. Dalsze doświadczenia dowiodły, że zobojętnianie kwaśnych roztworów w żołądku tylko w nieznacznym stopniu zależy od śliny alkalicznej, śluzu żołądkowego i soku odźwiernikowego, przeważnie zaś odbywa się kosztem dostających się do żołądka soków dwunastnicy, a przedewszystkiem najbardziej alkalicznego z nich soku trzustkowego.

Według Babkina 6) istota fizjologiczna tego zjawiska polega na dążeniu organizmu do tego, aby doprowadzić do dwunastnicy roztwory kwaśne w takiem stężeniu, w jakiem one występują jako prawidłowe bodźce jej błony śluzowej; dalsze badania dowiodły, że takim bodźcem jest 0,1% roztwór kwasu solnego i że bardziej stężone roztwory wywołują już wyraźne zmiany patologiczne błony śluzowej jelita, przez co zostaje naruszona jego prawidłowa wrażliwość odruchowa: celem obrony tego subtelnego aparatu organizm posługuje się zarządzeniem obronnem w postaci przerzucania alkalicznych soków dwunastnicy do żołądka. Usiłując odpowiedzieć na pytanie, czy takie zobojętnianie kwaśnej zawartości żołądkowej ma miejsce również w prawidłowem trawieniu, Babkin dochodzi do wniosku, że jest ona możliwa, a zwłaszcza w tym przypadku, kiedy sama substancja pokarmowa nie może związać większych ilości kwasów. Stąd naturalnie powstaje przypuszczenie, że znaczenie zwracania w razie używania alkoholowego próbnego śniadania, powodującego znaczne wydzielanie soku pozbawionego zdolności związania kwasu solnego, musi być szczególnie wielkie. Nadto przy wprowadzeniu alkoholu zwracanie nabiera jeszcze innego znaczenia, mianowicie — jest ono jednem z celowych zarządzeń, zapomocą których żołądek ochrania siebie od wpływu szkodliwych czynników drażniących. Na to zwrócił już uwagę Kast, który też dowiódł, iż roztwory alkoholu słabsze niż 10%-owe pobudzają tylko wydzielanie soku żołądkowego, ale wręcz nie wpływają na wydzielanie śluzu; a zatem przy 5%-em stężeniu alkoholu w próbnem śniadaniu Ehrmann'a odczyn obronny może się odbywać przeważnie drogą zwracania. Pomimo dokładnych prac, poświęconych badaniu tego wybitnego procesu, niektóre jego strony pozostają dotychczas niewyjaśnione: przedewszystkiem jest rzeczą niejasną, dlaczego przerzucanie soków dwunastnicy do żołądka w jednakowych warunkach fizjologicznych w jednych przypadkach ma miejsce, a w innych — nie. W pracy, która wyszła w zeszłym roku z kliniki prof. Koranyi'ego w Budapeszcie »O regurgitacji soków z dwunastnicy do żołądka« 7), jest co prawda wzmianka o tem, że może istnieć indywidualne przystosowanie się żołądka do określonej, wychodzącej poza normę koncentracji kwasu solnego, którą żołądek uporczywie zachowuje we wszystkich warunkach; a ponieważ moje spostrzeżenia dotyczą wyłącznie ludzi chorych, u których mogło powstać tego rodzaju przystosowanie się do zmienionych warunków sekrecji, to zupełnie niemożliwem jest obliczenie rozmiarów zwracania w każdym poszczególnym przypadku. Ale nawet sam fakt zwracania, o ile się go poznaje po zabarwieniu soku żołądkowego żółcią, nie może być stwierdzony z całą pewnością, albowiem, według Babkina, żółć gra tu znacznie mniejszą rolę niż inne części składowe zwracanych do żołądka soków. Silva-Mello widział zabarwienie treści żołądkowej żółcią po alkoholowem próbnem śniadaniu w 90% przypadków, v. Friedrich — w 25%, a z moich 20 przypadków takie zabarwienie otrzymałem tylko jeden raz, co stanowi 5%; rzecz prosta, iż na podstawie tych cyfr nie można sądzić o częstości zwracania wogóle.

Reasumując, pozwalam sobie stwierdzić, iż alkoholowe próbne śniadanie nie może być uznane jako metoda, odpowiadająca istniejącej bezsprzecznie potrzebie nowych sposobów badania stanu wydzieliny żołądkowej, wolnych od dawnych niedokładności i braków. Być może, że najdowcipniej rozwiązali to zagadnienie Amerykanie: prof. dr. Rettinger udzielił mi łaskawie informacji o stanie tej sprawy w Ameryce, gdzie w ostatnich latach już rzadziej stosują dawne metody próbnych śniadań i obiadów; zamiast tego chory wypija 200 gr wody poczem lekko wprowadza mu się do żołądka cienki zgłębnik, a w ciągu następnych 2 godzin zapomocą specjalnego przyrządu wydobywa się zawartość żołądkową co 10 minut; na podstawie otrzymanych w ten sposób danych wykreśla się krzywą wydzielania soku, która posiada tę przewagę nad wynikiem zwykłego badania, iż obejmuje sprawę wydzielania soku w całości i usuwa w ten sposób te błędy, jakie mogą mieć miejsce w razie jednorazowego badania, uwzględniającego ze skomplikowanego procesu fizjologiczno-dynamicznego wydzieliny żołądkowej li tylko oddzielny moment statyczny.

Piśmiennictwo.

1) R. Ehrmann Berl. Klin. Wochenschr, 1914, Nr. 14. 2) Friedrich und Kurt E Neumann. Deut. Med. Woch., 1921, Nr. 2. — 3) v. Friedrich: Med. Klin. 1921, Nr. 51 — 4) Silva-Mello. Berl. Kl. Woch., 1916, Nr. 11. — 5) Z. Kast. Archiv. für Verdauungskrankheiten. B. XII, H. 6. 1906. — 6) B. Babkin. „Wnieszniaja sekrecija piszczewaritielnych żeloz", Pietrograd. 1915. — 7) Dr. Leo Jarno und Dr. Józef Vándorfy. »Ueber das Regurgitieren von Duodenalinhalt in den Magen 1921.

Dr. Albin MUSIAŁ. Lwów.

Przypadek mięsaka brunatnego zewnątrz-gałkowego z odosobnioną czerniaczką (melanozą) spojówki gałki ocznej.

Z kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: Prof. Dr. Bednarski.)

Nowotwory złośliwe gałki ocznej mogą być: śródgałkowe i zewnątrz-gałkowe, zawierające barwik (melanosarkoma) i nie zabarwione.

Śródgałkowe, to przeważnie mięsaki brunatne, pomijając glejaki i mięsaki u dzieci. Zewnątrz-gałkowe, to raki i mięsaki brunatne. Nadto nowotwory oka mogą być pierwotne lub wtórne, drogą przerzutów. Najczęściej występują wedle Fuchsa między 30—60 rokiem życia. Nadzwyczaj rzadko pojawiają się przed 20-tym rokiem, zwłaszcza mięsaki brunatne i to zewnątrz-gałkowe. Dlatego pozwolę sobie przedstawić przypadek mięsaka brunatnego zewnątrz-gałkowego obserwowanego w klinice naszej u 19-letniej dziewczyny, u której nadto mamy do czynienia oprócz nowotworu z dość rozległem, ograniczonem, czarnem zabarwieniem spojówki gałki ocznej w dolnej części tejże.

Chora A. K., lat 19, podaje: od 3—4 lat zauważyła czarne zabarwienie na gałce oka prawego w jej części dolnej. Od roku ukazało się podobne zabarwienie od góry zewnątrz, które się powoli zwiększało, tworząc obecnie guzek na gałce ocznej.

Stan w dniu przyjęcia: Zdala oczy na pozór prawidłowe, tylko szpara powiekowa oka prawego nieco szersza.

Gałka oczna w całości nie powiększona. Spojówka gałkowa nieco nastrzykana. Na spojówce gałki ocznej poniżej rogówki widzimy smugę czarno szarą, łukowatą, wklęsłością zwróconą ku rogówce. Początek tejże 2 mil. od fałdu półksiężycowatego, tutaj jest ona zupełnie czarną, stanowi jakby odosobnioną wysepkę od reszty, sięgając dalej aż do linji pionowej zewnętrznego brzegu rogówki. W środkowej części smuga ta przechodzi na załamek dolny, ku górze połączona jakby wązkim mostkiem w miejscu mięśnia prostego z rąbkiem. Zabarwienie całej smugi czarne, gdzieniegdzie z odcieniem szarawym. Naczynia w miejscu ciemno zabarwionej spojówki jak i w otoczeniu, spojówkowe jak i nadtwardówkowe, dość grube, lekko pokręcone tworzą siatkę. Zabarwienie to, oglądane lupą Hartnakowską, złożone z masy delikatnego czarnego barwika, rozmieszczonego w grupach, smugach wzdłuż rozszerzonych naczyń. W okolicy górnego zewnętrznego rąbka twardówkowo-rogówkowego widzimy wyniosłość płaską, sterczącą ponad powierzchnię twardówki i rogówki na jakie 3 mil., zajmującą rąbek między godziną 8—11, wchodzącą na rogówkę na jakie 3 mil. od brzegu, zaś poza rąbek na twardówkę na 2 mil. i tutaj spłaszczającą się stopniowo. Wyniosłość ta zupełnie gładka, twarda, o zabarwieniu czarnem.

Naczynia na obwodzie tej wyniosłości grube, pokręcone.

Pod powiększeniem obraz następujący: Obwód wyniosłości szary, sama wyniosłość czarna z odcieniem zielonawym, zwłaszcza na rogówce. W okolicy wyniosłości, poza rąbek na gałce, widzimy takie same złogi czarnego barwika jak na dolnej części spojówki, ułożonego wzdłuż przekrwionych naczyń. Poza wyniosłością rogówka prawidłowa. Dno oka bez zmian.

Bystrość wzroku $\frac{6}{6}$ Nr. 1. Rozpoznanie: mięsak brunatny zewnątrzgałkowy. Dla zbadania drobnowidowego wycięto kawałek spojówki zawierającej złogi barwika. (Zakład Anat. Patol: ka

wałek tkanki pokryty jest nabłonkiem wielowarstwowym, wśród którego stwierdza się nieliczne, dowolnie rozmieszczone komórki zesluzowaciałe. W powierzchownych warstwach stwierdza się obfity melanin. Mniej obfity i niejednostajnie rozmieszczony w podstawowej części nabłonka. Pod nabłonkiem stwierdza się obfitą, włókienkową, skąpo komórkową tkankę, z nielicznemi porozszerzanemi i przekrwionemi naczyniami, głównie w części podnabłonkowej. Całość cechuje się głównie nagromadzeniem wymienionego barwika).

Postępowanie w tych przypadkach może być tylko operacyjne, sposób zależny od umiejscowienia i wielkości nowotworu. W początkowych okresach nowotworu zewnątrz-gałkowego, przy zupełnie prawidłowej bystrości wzroku, możemy próbować usunąć nowotwór drogą operacyjną, usuwając go dokładnie, równocześnie niszcząc podstawę żegadłem. Z tęczówki, przez wycięcie tęczówki wraz z nowotworem, jeśli nie jest zbyt jeszcze duży, pozostawiając chorego w obserwacji. Najwłaściwszem jednak byłoby wczesne usuwanie gałki ocznej, na co, przy utrzymanej bystrości wzroku, chory zwykle się nie godzi. Przy nowotworach daleko posuniętych nie pozostaje nic innego, jak usunięcie całej zawartości oczodołu wraz z okostną. Co do naszego klinicznego przypadku postępowaliśmy zachowawczo z myślą jednak, że jeśli się okaże potrzeba, później dokonamy usunięcia gałki, zwłaszcza, gdy i chora przy prawidłowej bystrości wzroku, na zabieg radykalny się nie godziła.

Wobec tego w znieczuleniu miejscowem oddzielono spojówkę w odległości 3—4 mil. w obrębie guza i usunięto wraz z guzem. Twardówka i rogówka dały się najdokładniej oczyścić. Rogówka po oczyszczeniu zupełnie gładka. Tylko w miejscu rąbka twardówkowo-rogówkowego pozostała delikatna plama linijna, długości 1—$^{1}/_{2}$ mil., czarna, drążąca w głąb, w kierunku kanału Schlemma. W tem miejscu rąbek przypalono żegadłem i założono szew spojówkowy, rogówka gładka lśniąca. Brzeg rogówkowo-tward. również gładki.

Badanie histologiczne potwierdziło nasze rozpoznanie kliniczne mięsaka brunatnego.

Co się tyczy pochodzenia owego barwika, to wedle Langhansa powstaje wprost z ciałek czerwonych krwi, po wylewach krwawych, ulegających odpowiedniej przemianie. Tego samego zapatrywania jest wielu innych, jak Vossius, Brumer, Rindfleisch, Hamburger, Hirschberg, opierając się na dowodach biologicznych jak i mikrochemicznych. Barwik ten dający reakcję na żelazo nazwał początkowo Neumann hemosideryną, która jest połączeniem żelaza z białkiem. Badania jednak późniejsze, przeprowadzone na mięsakach brunatnych, biorących początek z naczyniówki, wykazywały odczyn na żelazo tylko przejściowo i to nie we wszystkich przypadkach. Badania Nenckiego, Berdeza nie wykazały zupełnie żelaza, natomiast siarkę. Badania na drodze chemicznej, przeprowadzone przez John Abla, dowiodły, że barwik hemosiderynę pochodzenia krwionośnego należy odróżnić od barwika, jaki znajduje się w skórze, włosach i naczyniówce, a który on nazwał melanin. Melanin zaś sam raczej należy uważać jako produkt samej pierwoszczy komórki pod wpływem działania pewnych utleniających zaczynów, prawdopodobnie jest końcowym produktem działania tyrozyny lub tryptofanu. (Kreibich, K. Fürth, Otto). Wedle Köllikera i Kesslera pigment powstaje w ścisłym związku z wytwarzaniem się naczyń krwionośnych. Powstaje on w oku u ludzi i ssaków po wewnętrznej blaszce pęcherzyka ocznego wtórnego, z chwilą wytwarzania się naczyń krwionośnych, u ptaków zupełnie go tutaj brak, gdyż u ptaków brak krążenia wewnętrznego w oku, natomiast zjawia się po stronie zewnętrznej, tam, gdzie wytwarzają się naczynia.

Co się tyczy powstawania nowotworów gałki, to wedle Ribberta biorą one zawsze początek z tkanki podścieliskowej barwikowej naczyniówki, z chromatoforów lub ze znamienia barwikowego (naevus) spojówki lub tęczówki. Mięsaki brunatne najczęściej biorą początek z naczyniówki. Wedle Fuchsa stanowią 88% wszystkich nowotworów, wychodzących z gałki ocznej. Najrzadziej rozwijają się zewnątrz gałki ocznej. Na 67 przypadków mięsaków gałki ocznej, zebranych przez Dr. R. Putiata Kerschbaumer'a zdarzyły się zaledwie dwa przypadki mięsaka brunatnego zewnątrz-gałkowego i to u ludzi w wieku podeszłym. Przedstawienie naszego przypadku zasługuje z dwóch względów na uwagę mimo, iż chora przeszło rok od operacji więcej się nie zgłosiła.

Po I. mamy do czynienia z mięsakiem brunatnym zewnątrz-gałkowym u osoby młodej.

Po II., obok nowotworu mamy jeszcze do czynienia z ograniczonem zabarwieniem spojówki (melanozą), nie będącem w związku z samym nowotworem. Że punktem wyjścia dla nowotworu był rąbek, to należy przypuszczać, że musiało istnieć znamię barwikowe, z którego, przy sprzyjających warunkach, wzięła początek sprawa nowotworowa; zatem przemawiałoby czarno ciemne zabarwienie spojówki w otoczeniu guza.

Dr. Benedykt ZIEMILSKI. Lwów.

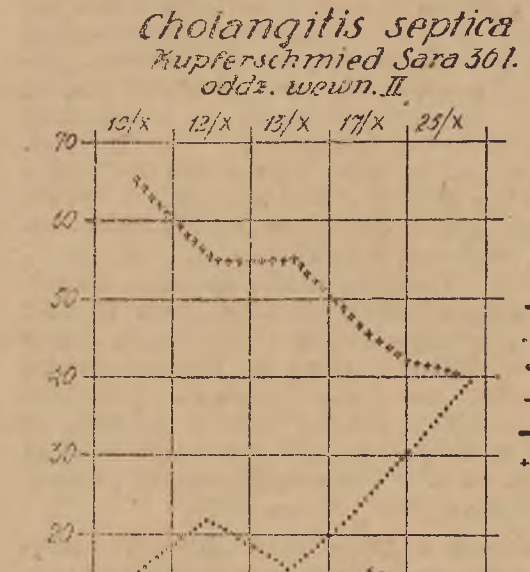
Znaczenie obrazu krwi „według Schillinga" dla rozpoznania i rokowania*).

Dokończenie.

W ostatnich doniesieniach niemieckich figuruje już podział Sch. prawie w każdej historji choroby. W prasie francuskiej, angielskiej i amerykańskiej nie spotkałem go jeszcze, poza nielicznemi cytowanemi wzmiankami. W Polsce, poza monografją Reichensteina (36), wyszło dotąd niewiele prac, uwzględniających Sch. Znany warszawski hematolog Klejn (44), autor wielu prac o krwi, nie zajmował się jednak Schilling'iem jeszcze, nie przywiązuje doń zbyt dużej wagi. Niedawno ukazała się praca Feigina i Helda (45) o obrazie krwi przy kilku chorobach gorączkowych, nie wspominająca zupełnie o nowej metodzie. Wartość ich badań dla praktyki powszechnej jest tedy dość ograniczona. Jedna wzmianka o P. J. pojawiła się niedawno w kazuistycznym artykule Spiro (46), który przy zatruciu sublimatem spostrzegł P. J. równolegle do natężenia choroby. Od kilku lat systematycznie uwzględnia »Sch.« lwowska klinika lekarska. Grek (47) na podstawie wojennego materjału potwierdził spostrzeżenia Reichensteina przy tyfusie plamistym, a Stefek (48) znalazł P. J. po wstrzykiwaniu adrenaliny — spostrzeżenie teoretycznie bardzo ważne. Brak jednakowoż dotychczas w polskiem piśmiennictwie dużego materjału, odpowiadającego stosunkom praktyki, a przebadanego metodą, stosowalną w praktyce t. j. tylko za pomocą barwionego preparatu mikroskopowego. Rozpocząłem tedy pracę nad materjałem bardzo różnorodnym, obejmującym chorych wewnętrznych, ginekologicznych i chirurgicznych. Przy wszystkich chorych analizowałem tylko rozciągany preparat, szacując liczbę leukocytów według wskazówek Schillinga, chcąc w zupełności naśladować warunki i możliwości praktyki powszechnej. Kontrolne częste liczenia innych kolegów na oddziałach wykazywały omyłki moje do 1600 b. c., więc zupełnie nieznaczne

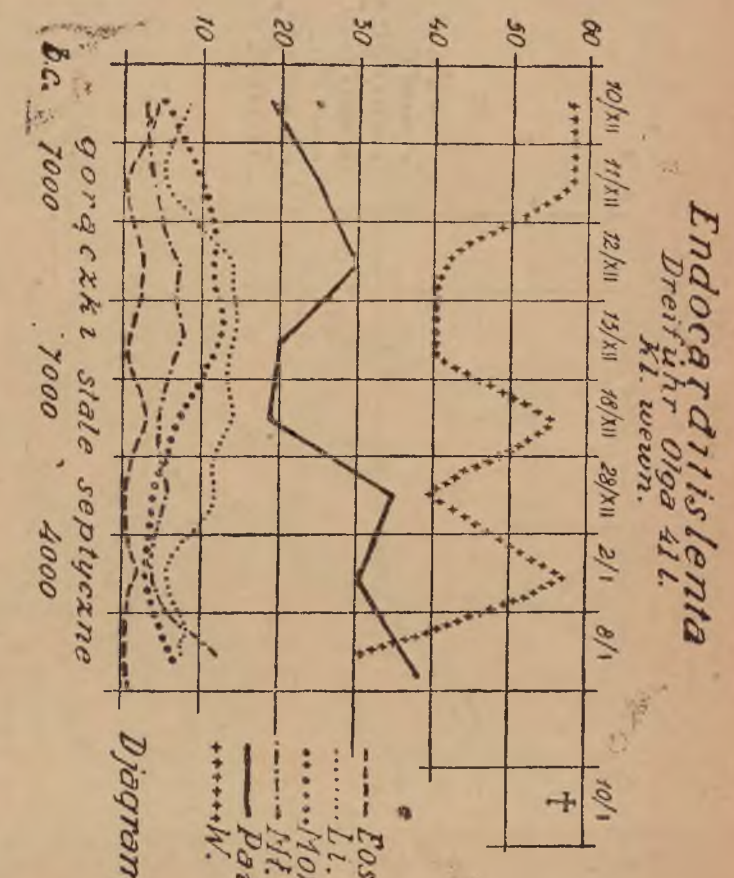
W ten sposób uzyskałem do dnia 27 lutego 1924, 681 badań, wykonanych na 355 chorych. Zanim przejdę do szczegółowego sprawozdania, muszę zaznaczyć, że dla żadnego cierpienia nie znalazłem żadnych bezwzględnie charakterystycznych cyfr dla P. J. ani innych składników krwi. Tak samo jak biologicznie podobne sprawy mogą mieć różne ciepłoty ciała, tak mogą mieć i różne P. J. Zwykle niewiadomo przecież, jaki jest przedchorobowy poziom krwi i jak dana krew reaguje normalnie na różne czynniki. Jest to np. bardzo ważne u gorączkujących z poprzednią sprawą zabliźnioną w szczytach, a więc z limfocytozą dużą, którzy w czasie choroby wykażą daleko wyższe cyfry dla limf. niż inni. Najważniejszym wskaźnikiem jest tendencja, trzeba jednak przyznać, że pewne sprawy mają zwykle większe P. J. niż inne. Naogół można mówić o 1) nizkiem P. J. — 1—5% Mł. a 5—12% Pał., 2) średniem — 5—10% Mł., 12—20% Pał., 3) silnem — 10—15% Mł., 20—30% Pał. i 4) bardzo wysokiem ponad temi cyframi. Przy 3) i 4) zwykle są i myelocyty. Z najważniejszego w praktyce zakażenia chirurgicznego, t. j. zapalenia wyrostka robaczkowego, badałem 42 przypadków (97 badań). P. J. okazało się tutaj najdelikatniejszym wskaźnikiem procesu zapalnego w jamie brzusznej. Brak jego pozwala nawet przy objawach rzekomo groźnych, na postawienie bezwzględnie dobrego rokowania. Przykład niżej podany H). Odwrotnie może P. J. zwrócić uwagę le-

karza na obecność abscesu i przynaglić do operacji, do której może nie nawoływał żaden inny objaw. (Przykład niżej podany L). Większe cyfry od 3 Mł. a 12 Pał. wraz z gorączką każą podejrzywać ropienie i perforację i zmuszają do operacji, w każdym razie do ścisłej obserwacji koło sali operacyjnej. P. J. w każdym przypadku abscesu było silnie zaznaczone, ogólna ilość niezawsze wysoka, neutrofilja czasem niewyraźna. (Przykład M. appendicitis gangraenosa 2 godziny przed skonem 18% limfocytów). Eozynofile są często zachowane, ale tylko w jednym przypadku liczba ich przekraczała 5%—(10%). Otorbienie znamionuje się spadkiem ogólnej ilości leukocytów, neutrofilji i P. J. z powodu braku toksyn we krwi. Objaw opisany niedawno przez Friedmanna (49) — silna monocytoza — jako charakterystyczny dla appendicitis, w odróżnieniu od innych spraw w jamie brzusznej, spotykałem 23 razy na 97 badań (t. j. 24%) powyżej 10% (Mon.). Swojego zdania tedy rozstrzygającego o tem wydać nie mogę; 3 przykłady ukażą praktyczne znaczenie badania krwi: Chora H. 18. VIII, 1923., 37.6°, silny ból w prawem podbrzuszu, opór mięśniowy silny. Pytanie: appendicitis, czy colitis. Krew: 12,700 b. c., E. 14% (oxyuris), Pl. 1%, T. 1%, Mon. 4%, Limf. 30%, Mł. 1%, Pał. 6%, W. 43%, rozpoznałem zatem colitis, na drugi dzień zupełne wyzdrowienie. Chora S., 7. X. 1923., do szpitala o godz. 12 w południe, przysłana z powodu niejasnej gorączki. Objawy: 38.5°, bronchitis, lekka bolesność w dołku podsercowym przy puszczaniu ręki. Brak oporu mięśniowego, chora porusza się swobodnie. Krew: 15,000 b. c., Mon. 3.5%, Limf. 5.5%, Myel. 2.5%, Mł. 24.5%, Pał. 25.5%, W. 36.5%. Natychmiast wróciłem do szpitala alarmować chirurgów. Tymczasem w 2 godziny po wzięciu krwi wystąpiły wyraźne objawy otrzewnowe, rozpoznano appendicitis, operacja wykazała: peritonitis purulenta perforativa. Według zdania chirurga stan ten trwał już parę dni. — Skon po 2 dniach. — Tak straszny obraz krwi nie mógł się rozwinąć odrazu, toteż badanie krwi, przedsięwzięte na kilka dni przed oddaniem chorej do szpitala, byłoby prawie napewne doprowadziło do operacji i uratowało pacjentkę. Chory U., 2. XII. 1923, 2 dni po operacji



Djagram 2

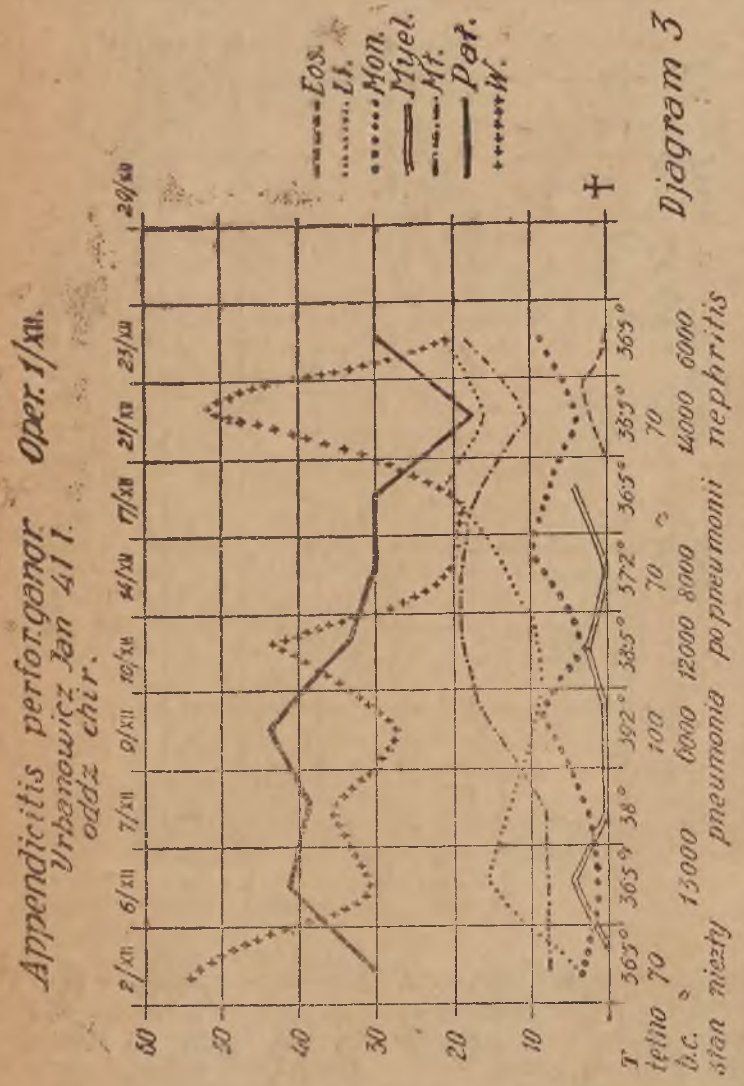
appendicitis gangraenosa, bez gorączki, przytomny, tętno 90, średnio napięte. Krew: 13.000 b. c., Mon. 5%, Limf. 5%, Mł. 9%, Pał. 30%, W. 51%. Postawiono odrazu złe rokowanie, po 2 dniach stwierdzono zapalenie płuc, obraz krwi jeszcze się pogorszył, po kilku dniach zapalenie ustąpiło, obraz krwi się poprawił, ale pozostał nadal bardzo niekorzystny. 28. XII. chory pojechał do domu. Przed odejściem krew: 6000 b. c., E. 1%, Mon. 8%, Limf. 25%, (!) Mł. 17%, Pał. 29%, W. 20%, polichromazja i anizocytoza. Według dawnego szematu znaczna poprawa, według »Schillinga« stan beznadziejny. — Skon 30. XII. — Przyczyna: peritonitis



Djagram 1

chronica fibrinosa asthenica. (P. Diagram 3). Czasem i w przypadkach o zejściu pomyślnem utrzymywało się wysokie P. J. przez pewien czas, z powodu resorbcji toksyn, ale później zmniejszało się powoli. Toteż w praktyce największe znaczenie ma tendencja P. J., ujawniona przez wielokrotne badania. Muszę jeszcze zwrócić uwagę na częste jawienie się eozynofilów przy ropnych stanach w jamie brzusznej, co dzieje się prawdopodobnie przez podrażnienie otrzewnowych zakończeń nerwu błędnego. Przypadków adnexitis gonorrhoica, różnego natężenia chorobowego, badałem 15 przyp. (22 badań). Ogólna ilość różna, neutrofilja wysoka tylko przy bardzo ciężkich stanach, P. J. słabsze niż przy appendicitis (mn. w. 4—8 Mł., 12—16 Pał.) z wyjątkiem silnych ropień, 6 razy i to w przypadkach lekkich, pokazała się eozynofilja większa niż 5%, tak że ten objaw, choć nie nazbyt częsty, przecież przemawia przy różnicowaniu za sprawą w przydatkach a nie w wyrostku. Powinowactwo gonokoków do eozynofilów oddawna znane, a przed kilku miesiącami na nowo przez Mierzeckiego (50) potwierdzone, staje się niewidoczne tylko w chwili, gdy czynnik antyeozynofilny silniejszej infekcji zaczyna dominować. Przypadków kamicy żółciowej z zapaleniem woreczka badano 18 (39 badań). Cyfry dla P. J. są podobne jak przy appendicitis średnio wysokie, P. J. może tu służyć w różnicowaniu z wrzodem żołądka lub dwunastnicy, prognostycznie okazała **t e n d e n c j a** P. J. w wielokrotnych badaniach swoje ogromne znaczenie i nie zawiodło ani razu. Przypadki z niskiem P. J. przychodzą szybko do siebie, mimo wszelkie inne objawy. (Przykład: Chora B., 25. VIII. 1923. Objawy cholecystitis acuta 39°, krew: 5000 b. c. Mon. 4%, Pl. 1%, Limf. 7%, Pał. 8%, W. 80%, według dawnej metody rokowanie złe, według nowej dobre — na drugi dzień przyszła chora w zupełności do siebie). Niekiedy P. J. było znaczne, spadło jednak na drugi dzień, skoro przypadek okazywał tendencję do zdrowienia. (Przy-

kad: chora T. 24. VII. 1923. Objawy cholecystitis acuta 39°, krew: 8000 b. c., E. 1%, Mon. 2%, Pl. 1%, Limf. 9%, Mł. 5%, Pał. 20%, ale na drugi dzień: 8000 b. c., E. 1%, Mon. 5%, Limf. 28%, Mł. 1·5%, Pał. 5.05%, na trzeci dzień stan się znacznie poprawił).



Stanów septycznych badałem — 34 przypadki (112 badań), streszczam się tu krótko. Jako wskaźnik rokowania góruje tu objaw P. J., podczas gdy wszystkie inne składowe krwi zawodzą. Do stanów septycznych zalicza się i endocarditis lenta (5 przypadków — 12 badań), przy której raz widziałem objaw Morawitz-Schillinga (41) t. j. zwiększenie ilości monocytów (z 12% na 18%) po masowaniu palca; nie widziałem zaś nigdy większej ilości śródbłonków. Załączone dwa diagramy (1, 2,) okazują dobitnie zachowanie się obrazu krwi w jednym przypadku endocarditis lenta, ze zejściem śmiertelnem i w jedunym przypadku cholangitis septica z ciężko wyglądającym początkiem a wyzdrowieniem. Przy posocznicy widzi się dużo neutrofilów zdenegerowanych. Nie udało mi się jednak jeszcze ustalić typowego obrazu degeneracyjnego, opisanego powyżej przez Schillinga. Z dalszych zakażeń chirurgicznych badałem 12 przypadków (20 badań) zapaleń miedniczek i ropni nerkowych, przyczem zwyczajne zapalenie miedniczek odcina się ostro od ropnia brakiem silnej leukocytozy i wybitnego P. J.; 2 przypadki róży (6 badań), 2 przypadki rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej (4 badania), 6 przypadków ropni i flegmon (12 badań), 1 przypadek ropnego zapalenia przyjądrzy (2 badania), 1 przypadek ropnego zapalenia ucha środkowego, (1 badanie), 3 przypadki ropni płuc (12 badań), 2 przypadki ropni opłucnowych (3 badania) oraz 3 przypadki ropni podprzeponowych (7 badań). Przy tych ostatnich sprawach płucnych silne P. J., przy zresztą niewyraźnym obrazie krwi zadecydowało o mojem rozpoznaniu, które się sprawdziło później. Charakterystyczny jest przypadek chorego O. 10. IX. 1923., który wykazywał septyczne ciepłoty i bole w okolicy prawej nerki. Podejrzywano tam ropień. Krew: 6000 b. c., E. 2%, Mon. 10%, Limf. 24%, Pał. 7%, W. 57%, podobny obraz krwi utrzymywał się przez 2 tygodnie. Moja, od początku dobra, prognoza sprawdziła się — kilka punkcyj chirurga nie wykazało nic, a po trzech tygodniach chory nagle w zupełności przyszedł do siebie. Ropnia nie było napewne, chociaż chory opuścił szpital właściwie bez rozpoznania. Wreszcie badałem 12 przypadków złośliwych nowotworów (12 badań), które na ogół zmian we krwi nie dają, P. J. niema, okazuje się dopiero w stadjum najsilniejszego zatrucia cherlactwem lub przerzutami, albo też zapalenia reaktywnego naokoło nowotworu, np. w otrzewnej lub w płucach. Zdaje się, że przynajmniej na szpik nie działają nowotwory w okresach początkowych bardziej, niż jakiekolwiek inne miejscowe schorzenie. Charakterystyczny obraz krwi: leukopenja, limfocytoza, eozynofilja i silne P. J. okazuje się po naświetlaniu nowotworów głębokiemi promieniami Roentgena (Czobanówna).

Przy tych wszystkich sprawach P. J. jest różne. Na ogół jednak ropienie zaczyna się 6% Mł. a 12—14% Pał., cyfra powyżej 10% Mł. a 25% Pał. stan już jest groźny i w jednym tylko przypadku takim (cholangitis) widziałem wyzdrowienie.

Inaczej w chorobach wewnętrznych. P. J. przy niektórych jest bardzo silnie zaznaczone. Reichenstein (38) miewał przy tyfusie plamistym chorych z 15% Mł. a 40% Pał., a którzy wyzdrowieli. Z zapaleń płuc różnego typu badałem 34 przypadki (101 badań), wykazywały one znaczne P. J., zmieniające się równolegle do przebiegu choroby. Zmniejszenie się P. J. i pojawienie się eozynofilów pozwala przewidzieć przełom (np. przyp. W. 23. XII. 1923) na 8 godzin przed spadkiem gorączki, a trwające P. J. pozwala rozpoznać przełom rzekomy. (Przyp. M. 13. VIII. 1923 — 6 dzień choroby, rano bez gorączki, rzężenia wilgotne, krew: 7000 b. c., E. 4.5% (!), Mon. 2%, Pl. 1%, Limf. 16%, Mł. 5.5%, Pał. 23.5%, W. 47.5% — wieczorem 38.5% i oskrzelowy wdech bez rzężeń). Cyfry dla P. J. obracają się dokoła 10% Mł. i 20% Pał., powyżej 20% Mł. i 30% stan jest już bardzo ciężki, po przełomie widać poza eozynofilją, limfocytozą reaktywną i słabem P. J., wiele komórek plasmatycznych i nieliczne myelocyty, na które pierwszy zwrócił uwagę Naegeli (3). Grypy badałem 23 przypadki (25 badania). Leukocytozy neutrofilnej początkowej, którą stwierdził Bunting (51) nie widziałem, co jest zrozumiałe, gdyż do szpitala rzadko przybywają chorzy w początkowym okresie grypy. Ogólna ilość b. c. wahała się około 4000—6000, limfocytów średnio 20%. P. J. w sporadycznych przypadkach jesieni 1923 słabe, silniejsze było w chwili powstawania ogniska zapalnego w płucach. W obecnej epidemji (styczeń 1924) stwierdziłem bardzo silne P. J. po kilku dniach spadające do normy, nawet w przypadkach lekko przebiegających. Wysokie P. J. towarzyszyło przeważnie grypom o charakterze reumatoidalnym. O ile mi wiadomo, dotąd nie zwrócono jeszcze uwagi na tak silne różnice we krwi, przy różnych epidemjach. Widocznie zarazek działa w podobny sposób wybiórczo na szpik podczas różnych epidemji tak, jak działa wybiórczo na inne narządy zależnie od t. zw. »genius epidemicus«, wytwarzając tem różne kliniczne typy [Möllers (52)].

W grypie widziałem w 13 badaniach eozynofile zachowane tak, że ten objaw może służyć przy różnicowaniu tyfusu brzusznego (8 przypadków, 23 badań), który się odznacza jak wiadomo leukopenją, aneozynofilją, limfocytozą i silnem P. J. W jednym przypadku pewnego ty. abd. (Z. 25. X. 1923.) stwierdziłem na samym początku leukocytozę neutrofilną (15.000 b. c.), którą pierwszy teoretycznie przewidywał, a potem w rzeczywistości sprawdził Naegeli. W jednym bardzo ciekawym przypadku, przebitego a skutecznie operowanego wrzodu tyfusowego (Str. 8. X. 1923.), który dostał się na stół operacyjny jako appendicitis, a potem z powodu zapalenia otrzewnej 3 tygodnie gorączkował w szpitalu, widziałem przez 2 tygodnie ciekawy obraz bardzo silnej limfocytozy (do 28%) a wśród neutrofilów bardzo silne P. J. (do 9 Mł. i 26% Pał.), jako objaw równoczesnego zadziałania na szpik dwóch, zresztą antagonistycznych, czynników.

Przy grypie i tyfusie widać — podkreślone przez Naegelego — zmiany degeneracyjne w pierwoszczy, które według niego pozwalają zróżniczkować grypę od encephalitis epidemica. W moich nielicznych przypadkach świeżej encephalitis (3 prz. 3 bad.) degeneracyj owych nie widziałem, wobec skąpej liczby badań nic to nie mówi; sprawa jest godna dalszej uwagi, choćby ze względu na swoje doniosłe praktyczne znaczenie. Spraw gruźliczych różnego stopnia natężenia, badałem 48 (66 badań). W każdym przypadku czynnej gruźlicy znajdywałem ilość ogólną bardzo zmienną, natomiast stale neutrofilję, którą niedawno na dużym materjale stwierdził Eicke (53). Limfocytów jest wprawdzie nieco więcej jak przy sprawach niespecyficznych (15—20%) prawdziwa jednak limfocytoza pokazuje się dopiero z chwilą ujawnienia się procesów reparatywnych w uszkodzonych tkankach. Przy różniczkowaniu spraw gruźliczych a niegruźliczych i dużem P. J., obecna limfocytoza przemawia za gruźlicą. Dalej badałem 16 przypadków zapalenia gardła (23 badań), od form kataralnych do nekrotycznych. Naogół łatwo na podstawie badań krwi odosobnić kataralną formę mierną leukocytozą neutrofilną, eozynofilją i słabem P. J. Przy cięższych sprawach obraz krwi zbliża się naturalnie do obrazu krwi w stanach septycznych. W jednym bardzo ciekawym przypadku zapalenia i powiększenia gruczołów szyjnych, znalazłem t. zw. »reakcję limfatyczną Türka« przy zapaleniu gardła, t. j. 80% limfocytów przy zresztą dobrym stanie i szybkiem przyjściu do zdrowia. Zdaje się, że przy pilnem badaniu krwi przy zapaleniach gardła, znalazłoby się więcej podobnych przypadków, gdyż w ubiegłym roku stwierdzono w Ameryce aż 3 małe epidemje »infekcyjnej dobrotliwej mononukleozy ze zapaleniem gardła« [Sprunt i Evans (54)], [Bloedorn i Houghton (55),] [Longcope Warfield (56)]. Ostatnio podobny przypadek ogłosił Kohn (30). W 14 przypadkach (16 badań) ostrego gośćca stawowego stwierdziłem zgodnie z Schillingiem średnią eozynofilję, lekką leukocytozę neutrofilną i słabe P. J. 5 przyp. szkarlatyny (7 badań) dało bardzo charakterystyczny obraz: silną eozynofilję (5 razy więcej niż 4%), silną leukocytozę neutrofilną ze znacznem P. J. i zmianami degeneracyjnemi w pierwoszczy. Kombinacja silnej eozynofilji na początku gorączkowej choroby ze silnem P. J. jest zjawiskiem tak rzadkiem, że ułatwia ogromnie odróżnianie szkarlatyny od innych chorób wysypkowych. Nawiasem mówiąc, według mojego doświadczenia, eozynofilja osób dotkniętych pasożytami zostaje na początku każdej innej choroby gorączkowej całkowicie zduszona czynnikiem antyeozynofilnym zakażenia tak, że nie mogą zajść pod tem względem żadne wątpliwości djagnostyczne. Ostatnią część mojego materjału obejmują przypadki spraw chorobowych, nie wpływających zbytnio na P. J. i o znanym obrazie krwi, a badanych w małych ilościach dla celów kontrolnych. Wystarczy je wyliczyć sumarycznie: 3 przyp. asthma bronchiale (3 badania), 7 przyp. nerwic (6 badań eozynofilje!), 2 przyp. limfatycznej (2 badania), 2 przypadki szpikowej białaczki (4 bad.), 2 przyp. M. Werlhof (2 bad.), 1 przyp. lues III (1 bad.), 1 przyp. M. Addison (2 bad.), 1 przypadek tyfusu plamistego (1 bad.), 5 przyp. wtórnej anemji (6 bad.), 8 przyp. wad serca (11 bad.), 1 przyp. ropnego zapalenia opon mózgowych. (1 bad.), 1 przyp. żółtaczki hemolitycznej (2 bad.) oraz 5 przyp. colitis spastica (5 badań) ze silną eozynofilją (drogą przez n. błędny), która razem z brakiem P. J. ostro odgranicza te stany od appendicitis. Nakoniec 4 przyp. wrzodu żołądka i dwunastnicy (5 badań), które dały się zróżnicować od spraw pęcherzykowych eozynofilją, limfocytozą, brakiem P. J., a w 3 przyp. wykazywały silną polichromazję krwinek (z powodu utajonych krwawień). Jeden przykład pouczający: Chory O., z dawniej stwierdzonym wrzodem, przychodzi do szpitala 30. VII. 1923, z nagle powstałym bolem w okolicy żołądka, oporem mięśniowym i zniesieniem przytłumienia wątrobowego. Pytanie: perigastritis tylko, czy już peritonitis i wskazanie do natychmiastowej operacji. Krew: Hb. 35%, silna polichromazja, b. c. 8000, E. 2.5%, Mon. 5%, Pl. 2%, Limf. 22%, Mł. 1%, Pał. 8%, W. 59.5%, czyli odpowiedź: silne krwawienia, tylko perigastritis, operacja ze względu na anemję nawet szkodliwa. Chory po konserwatywnem leczeniu przyszedł w zupełności do zdrowia.

(We wszystkich powyższych badaniach monocyty okazywały ogromne wahania u tego samego chorego, ze zresztą stałym składem procentowym krwi, z wyjątkiem jednak wspomnianej już monocytozy przy endocarditis lenta tak, że ich niezależność jest więcej jak prawdopodobna).

Ponieważ, zbierając powyższe doświadczenia, główny nacisk kładłem na P. J., zależało mi na stwierdzeniu, czy P. J. ulega licznym i nie dającym się przewidzieć wahaniom, jakim ulega fizjologicznie ilość leukocytów i ich procent według dawnego szematu. Wiemy wszak z ostatnich badań Sabatowskiego (57), że ilość l. w mm^3 krwi obwodowej, zależy nawet od bodźców cieplnych, których w szpitalu, a tem bardziej w domu prywatnym, kontrolować nie podobna (okłady wysychające i t. d.). W tym celu badałem krew u chorych z gorączką septyczną [rano 36.5°, wieczorem 39·5°] rano i wieczór i przekonałem się, że P. J. nie zmienia się zupełnie, podczas gdy inne czynniki ulegają różnym wahaniom. Dalej wykonałem 8 badań na 2 chorych z ocznem lokalnem cierpieniem, na szpik nie działającem, u których stosowano proteinoterapję. Okazało się zgodnie z doświadczeniem Seckera (58), że P. J. nie zjawiło się wcale przy gorączce leczniczej proteinowej, podczas gdy wzmagała się leukocytoza i neutrofilja. Okazuje się z tego, że P. J. nie zależy od czynników działających na leukocytozę i neutrofilję, a których część wpływa, jak wiemy od czasu badań Goldscheidera i Jacoba (59) nie zwiększająco ale przesuwająco na leukocyty.

Po rozejrzeniu się ogólnem w materjale chorobowym, będzie trzeba na przyszłość przejść do badania szczegółowego poszczególnych chorób i ewentualnie stanów, eksperymentalnie wywołanych.

Jaki jest mechanizm powstawania P. J., czyli regeneracji leukoplastycznej, przyśpieszonej? Falta (60) wszelkie zmiany krwi uzależnia od układu wegetatywnego, uważając neutrofilję i leukocytozę za pochodzenia sympatykotonicznego; leukopenję, limfocytozę i eozynofilję za pochodznia wagotonicznego. Z tem możemy zgodzić się, P. J. zaś zaliczyć musimy do skutków zwiększonej sympatykotonji, gdyż w olbrzymiej większości przypadków dochodzi do skutku wtedy, gdy czynnik chorobotwórczy podrażnia sympatykotoniczny ośrodek cieplny i sercowy. Wiemy, że może istnieć (choć rzadko) równomierne podrażnienie obu podukładów (np. M. Basedowii, tyfus brzuszny). Wyjątki i we krwi mają miejsce. Widzimy cierpienia, przy których narządy leukoplastyczne stoją pod wpływem obu podukładów (np. szkarlatyna, grypa, tyfus brzuszny, p. powyżej przytoczony dobitny przykład obrazu krwi przy perforacji w tyfusie). Badania zaś Stefka (48) o P. J, po adrenalinie najzupełniej potwierdzają moje zdanie. Do jakich zjawisk biologicznych zaliczyć P. J.? Nie ulega wątpliwości, że tendencja P. J. najczyściej ze wszystkich objawów klinicznych, tylko statycznych, daje nam obraz dążności organizmu do zdrowia wzgl. skonu, pozwala ocenić dynamikę procesu chorobowego — czyli Gröer'owską higjogenezę (61). Za tem przemawia także zupełna równoległość do P. J. zjawiska niedawno przez Schillinga i Schulza (62) po raz pierwszy opracowanego — przyśpieszonego opadania leukocytów, które według tych autorów okazuje się wyraźnie przy wszystkich stanach myelotoksycznych.

Streszczenie.

1) Na podstawie 681 badań na 355 chorych różnego rodzaju, potwierdza się w zupełności wszystkie spostrzeżenia Schillinga; objaw P. J. istnieje przy wszystkich chorobach zakaźnych i ropieniach chirurgicznych. Rozważanie rozmiarów P. J. oraz innych składników białej i czerwonej części krwi jest ważną pomocą przy rozpoznawaniu i rokowanui. Tendencja P. J., okazująca się w kilkakrotnych badaniach, jest sprawdzianem higjogenezy.

2) Ze względu na to, że do wszystkich wniosków uprawnia samo przejrzenie rozciąganego preparatu, bez pomocy innych środków laboratoryjnych, staje się ta metoda dostępną w ogólnej praktyce i winna być stosowana przy każdym odpowiednim chorym.

Na końcu poczuwam się do obowiązku złożenia wyrazów wdzięczności za pozwolenie korzystania z materjału i cenne wskazówki PP. Dyrektorom Klinik wewnętrznej, chi-

rurgicznej i ginekologicznej oraz PP. Prymarjuszom obu oddziałów wewnętrznych, oddziału chirurgicznego i urologicznego Szpitala państwowego.

Piśmiennictwo

1) Sonnenburg: Perityphlitis 1913. — 2) Krebs: Klin. W. 1923. Nr. 48. — 3) Walker: cyt. w. Jones, Clinton i Brown, Am. J. of. med. Sc. R. 164, str. 553. — 4) Türk: cyt. w. Grawitza. - 5) Naegeli: Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik, 1922. 6) Arneth: Qualitative Blntlehre, 1920. — D. m. W. 1921., R. 47, str. 1418. — 7) Grawitz: Blutkrankheiten 1911. — 8) Alder: Schweiz. m. W. 1921. r. 51. str. 449. — 9) Jaschke: Kl. W. 1923. Nr. 28. — 10) Rosthorn: cyt. w. Jaschke'go. — 11) Albrecht Ztsch. f. Geburtschr. 1908., str. 648. — 12) Politzer: D. A. f. Kl. Med. T. 92. str. 1. — 13) Bocheński: Obraz krwi przy zakażeniu gnilnem, 1908. — 14) Domarus: Haematologisches Taschenbuch 1919. — 15) Matthes: Differentialdiagnose 1922. — 16) Leschke: Sepsis, Kr. Brugsch T. II. 1913.— Endocarditis, Kr. Brugsch T. III. 1923. — 17) Hall Milton: Am. J. of. m. sc. 1920, R. 160. — 18) Petzetakis: Lyon Chir. Mai. Juin 1919. str. 255.ref. w Arch. des mal. de Coeur 1920. T. 13. — 19) Macfie i Scott: Lancet 1. V. 1915· — 20) Neeb-Medeel. vd. Burg. Genees. Ind. Nederl. 1920. R. 2. ref. w Arch. des mal. de Coeur 1921. T. 14. — 21) Treadgold Krgzblt. f. inn. Med. 1920. T. 13. str. 561. — 22) Arneth i Fr. Stahl: Ztschr. f. kl. Med. 1922. R. 95. str. 201. — 23) Wolff: cyt. Schillinga. — 24) Schilling: Blutbild u. s. kl. Bedeutung 1922. — 25) Sternberg: cyt. w Naegelego. — 26) Ellermann: cyt. w. Naegelego. — 27) Wiczkowski: Studjum o białaczce 1918. 28) Ambrus J.: f. Kindh. 1923., T. 101., str. 81. — 29) Bittorf: cyt. w. Schillinga. — 30) Kohn: W. A. f. kl. med. 1923., T. VII. Z. 1. — 31) Morawitz: cyt. w. Matthesa. — 32) Seyderhelm: Virch. Arch. 1923. T. 243., str. 462. — 33) Jürgens: Infectionskrankheiten 1920. — 34) Schilling. Brugsch. Ergebnisse III. t. i Blutbild — B. kl. W. 1920. Z. 57., str. 895. — D. m. W. 1922. Z. 48. str. 764. — 35) Schilling-Yamamoto: Verein f. in. Med. Berlin 2. VII. 1923. ref. w Kl. W. 1923. Nr. 34. — 36) Reichenstein: Feldärztl. Bl. der 2. Armee 1917. Nr. 25. — 37) O. Stahl: D. Ges. f. Chir. 46 z 1922. Nr. 20. — 38) Wollenberg: Ztschr. f. kl. Med. 1921. R. 91., str. 236 i M Kl. 1922. T. 18. str. 1117. — 39) Holzer i E. Schilling: Beitr. z. Path. An. u. Allg. Path. 1923. R. 71. str. 632. — 40) Nassan i Schohl: Monatsschr. f. Kinderh. 1922. R. 24. str. 51. — 41) Schüssler: Jahrb. f. Kinderh. 1924. T. 104. Z. 1|2. — 42) Fuss: Ztschr. f. kl. Med. 1923. R. 96. Z. 4.6. — 43) Hofmann: D. m. W. 1922. Z. 903. — 44) Klejn: doniesienie listowne. — 45) Feigin i Held: P. G. L. 1923. Nr. 35. — 46) Spiro: P. G. L. 1923. Nr. 48. — 47) Grek: P. G. L. 1922. Nr. 32. — 48) Stefek: pos. lw. tow. lek. z 7. XII. 1923. odczyt o adrenalinie. — 49) Friedmann: Am. J. of. m. Sc. 1919., październik, ref. w Arch. des mal. de Coeur 1920. — T. 13., str. 317. — 50) Mierzecki: Derm. Woch. 1923. Z. 27. — 51) Bunting: Am. J. of. m. Sc. 1921. T. 162. str. 1. — 52) Möllers: Kr. Brugsch, T. II. Cz. III. — 53) Eicke: Beitr. z Kl. der Tuberk. 1923. T. 56. str. 21. — 54) Sprunt i Evans: Bull. of. J. Hopk. Hosp. 1920, T. 31., str. 410. — 55) Bloedorn i Houghton Arch. of. int. med. 1921., str. 315. — 56 Longcope-Warfield: Am. J. of. m. Sc. 1922. T. 164., str. 781. — 57) Sabatowski: P. G. L. 1923., Nr. 23, 58. — 58) Secker: Ztsch. f. Augenh. 1923, T. 51. Z. 1|2. — 59) Jacobi Goldscheider: cyt. w. Naegelego. — 60) Falta: cyt. w. Naelego. — Gröer: P. G. L. 1922. Nr. 50. — 62) Schilling i Schulz: Kl. W. 1923. Nr. 48.

Z praktyki.

Dr. Tadeusz PRASCHIL, lekarz zdrojowy. Truskawiec.

Kilka słów o działaniu Angiolymphy Dra Roûs w gruźlicy.

(Na podstawie własnych spostrzegań.)

Nader interesujące publikacje Drów Socqueta, Roûs, Frischa, Barbiera i in., zamieszczone z początkiem r. 1922 w prasie francuskiej i niemieckiej (Progrès médical, Wiener klin. Wochenschrift, Le Courier medical), zwróciły moją uwagę na nowy środek «przeciwgruźliczy« Angiolymphę Dra Roûs z Paryża. Gdy zaś równocześnie doszła mnie wiadomość, że preparat ten jest stosowany z dobrym skutkiem w gruczołowych postaciach gruźlicy w sanatorjach lozańskich, postanowiłem go i wśród swoich chorych zastosować.

Jako materjałem doświadczalnym posługiwałem się początkowo chorymi ubogimi, pozostającymi pod opieką Koła Pań Towarzystwa św. Wincentego á Paulo we Lwowie, a następnie stosowałem preparat i u chorych prywatnych.

Doświadczenia moje rozpocząłem w listopadzie 1922 r. i do dnia dzisiejszego mogę zdać sprawę z 12 przypadków, które leczyłem przy pomocy środka Dra Roûs. Preparat stosowałem pod postacią zastrzyków domięśniowych, zwyczajnie raz dziennie przez 12 dni, poczem po 14-dniowej przerwie powtarzałem taką samą drugą serję zastrzyków codziennych, wreszcie po dalszych 14 dniach pauzy jeszcze trzecią 12-dniową serję. Zastrzyki nie wywołują żadnej ani lokalnej, ani ogólnej reakcji, są zupełnie niebolesne i mogą być stosowane ambulatoryjnie.

Każdy przypadek po dokładnem zbadaniu fizykalnem odsyłałem do prześwietlenia, celem potwierdzenia rozpoznania, u większości również i plwocina była badana na prątki Kocha.

Celem zorjentowania się w działaniu Angiolymphy, podaję poniżej króciutkie historje chorób moich 12-tu przypadków:

I. Tra., lat 55, od kilkunastu lat przewlekła gruźlica płuc, liczne obustronne rzężenia, sięgające do grzebienia łopatki po lewej, do połowy łopatki po stronie prawej, dużo ropiastej plwociny. Koch pozytywny, częste krwioplucia, stale w jesieni i na wiosnę kilkutygodniowe gorączki (37·5—39). Leczenie rozpocząłem w listopadzie 1922 przy temp. 38·2. Już po 5 zastrzykach spadek ciepłoty do normy i znaczne zmniejszenie ilości plwociny. Po zastosowaniu 36 zastrzyków chory przestał kaszlać, rzężenia znikły, nad obu szczytami przytłumienie odgłosu wypukowego i osłabienie szmerów oddechowych zwłaszcza po stronie prawej, temp. normalna. W czasie leczenia chory zyskał 3 kg na wadze, skłonność do przeziębień zmniejszyła się znacznie. Stan pacjenta do dzisiaj zadowalający. Chory może nieprzerwanie oddawać się swojemu zajęciu.

II. Fel., l. 33. Od roku suchy kaszel, podgorączkowe wzniesienia temperatury, chora osłabiona, chudnie, nie może pracować. Nad obu szczytami przytłumienie, wdech szorstki, plwocina skąpa, Koch ujemny, ciepłota 37·3, Roentgen pozytywny. Po 1 serji zastrzyków ciepłota 36·6, samopoczucie lepsze, po ukończeniu kuracji przybytek na wadze 2 kg., wyjaśnienie wypuku nad obu szczytami, szmery oddechowe normalne. Badana w półtora roku po przebytej kuracji wykazuje stan płuc zupełnie normalny, a przybytek na wadze wynosi obecnie 9·5 kg.

III. Bie., l. 45. Chory od lat 3-ech, bardzo kaszle i dużo odpluwa, często gorączkuje do 37·8, łatwo się przeziębia. Przytłumienie nad szczytem lewym, tamże liczne drobne rzężenia, rozległy nieżyt oskrzeli w całych płucach, zrosty opłucnowe po stronie lewej — znaczne osłabienie mięśnia sercowego, Koch ujemny. Po zastrzykach Angiolymphy stosowanych równocześnie z dożylnemi zastrzykami naprzemian glukozy i strophantyny — ustał kaszel, ciepłota wróciła do normy, lekkie przytłumienie nad szczytem utrzymuje się, rzężenia znikły, chory odpluwa b. skąpe ilości niecharakterystycznej plwociny. Badany w rok po leczeniu wykazuje szczyt bez rzężeń, ogólny stan zadowalający, mniejszą skłonność do przeziębień, temperaturę normalną, wagę ciała niezmienioną. Przez cały rok mógł pracować bez przerwy.

IV. Now., l. 26. Chrypka od roku, badanie przez specjalistę wykazuje owrzodzenie gruźlicze strun głosowych. Ciepłota 39·5, w obu szczytach rozległy nieżyt, śledziona duża, miękka. Siostra przed dwoma laty zmarła na gruźlicę. Wszelkie dotychczasowe leczenia bez rezultatu. Zastrzyki Angiolymphy również bez żadnego wpływu na toczący się proces ogólny (tbc. miliaris), mimo zwiększenia dawki (zastrzyki dwa razy dziennie); po 2-ch miesiącach exitus.

V. Drw., l. 19. Od 3-ch miesięcy stan podgorączkowy, chudnie, (siostra chorej przed miesiącem zmarła na phtisis florida). Roentgen wykazuje powiększone gruczoły oskrzelowe w obu wnękach, płuca bez zmian, chora nie kaszle ani nie odpluwa. Po pierwszej serji zastrzyków ciepłota wraca do normy. W czasie drugiej 14-dniowej pauzy znów pojawiają się wzniesienia 37·1—37·3, które po serji III. ustają. Badana w 10 miesięcy po ukończeniu kuracji wykazuje ciepłotę normalną, a przybytek na wadze 5 kg.

VI. Dom., l. 37. Od roku choruje na miedniczki nerkowe, dotychczasowe leczenie (Salvarsan, wstrzykiwania własnej szczepionki, przepłukiwania miedniczek) bez rezultatu. Wobec zaostrzenia wdechu w szczycie prawym mimo zupełnego braku kaszlu, plwociny i gorączki, odniosłem cierpienie miedniczek do sprawy swoistej i zastosowałem Angiolymphę. Po ukończeniu kuracji mocz wyjaśniał, ślad białka znikł, parcie na mocz ustało. Stan ten utrzymuje się narazie trwale nadal t. j. 10 miesięcy po leczeniu preparatem Dra Rous.

VII. Gra., l. 24. Od 2 lat pokaszluje, miewa ciepłotę podwyższoną do 37·5 i czuje się osłabiony. Koch ujemny, Roentgen pozytywny (gruczoły we wnęce prawej powiększone), przytłumienie nad szczytem prawym, tamże drobno-bańkowe rzężenia. Po zastosowaniu Angiolymphy ciepłota wróciła do normy, przybytek na wadze 3·5 kg.; rzężenia w szczycie znikły zupełnie a badanie Roentgenem, dokonane w 8 miesięcy po kuracji, wykazuje stan płuc prawidłowy, gruczoły wnękowe zwapniałe.

VIII. Pot., l. 24. Od szeregu lat stan podgorączkowy, kilkakrotnie wyjeżdżała do Zakopanego i Lozanny. Lekkie przytłumienie nad obu szczytami, wdech nieco ostrzejszy. Roentgen wykazuje obrzmienie gruczołów we wnękach, zwłaszcza po stronie lewej. Po zastrzykach preparatu ciepłota normalna, przybytek na wadze 1·5 kg., szmery oddechowe w szczytach prawidłowe.

IX. Kie., l. 16. Po przeziębieniu w jesieni 1921 gorączkował (37·3—37·8) do marca 1922, dłuższy pobyt w Zakopanem usunął wzniesienia ciepłoty. Od jesieni 1922 nawrót gorączki, która utrzymywała się do maja 1923. Nad szczytem prawym przytłumienie odgłosu wypukowego, tamże zaostrzenie wdechu, mocz mętny ze śladem białka, badanie wykazuje nieżyt miedniczek nerkowych. Roentgen, obok przyćmienia obu szczytów zwłaszcza prawego, niewyjaśniającego się przy kaszlu, stwierdza powiększenie gruczołów wnękowych po obu stronach a szczególnie po prawej, gdzie częściowo wapnieją. Po zastosowaniu Angiolymphy mocz zupełnie przeźroczysty, białko znika już po pierwszych 12 injekcjach a przybytek na wadze wynosi przeszło 2 kg., ciepłota prawidłowa.

X. Żak., l. 39. Od lat 3-ch kaszel suchy, często krwioplucie, prawie stale stan podgorączkowy (37·2 - 38·6). Nad obydwoma szczytami wypuk przytłumiony, nad lewym zaostrzenie wdechu, wydech przedłużony, nad prawym drobno-bańkowe rzężenia. Koch pozytywny, Roentgen obok zmian w szczytach wykazuje powiększenie gruczołów chłonnych w obu wnękach. Już po 6-ciu pierwszych zastrzykach preparatu Rous spadek ciepłoty do normy. Po ukończeniu leczenia zupełne ustanie kaszlu. Badanie szczytów, oprócz małego stłumienia odgłosu wypukowego, nie wykazuje ani rzężeń ani zaostrzenia wdechu. Stan ogólny znacznie się poprawił a przybytek na wadze dochodzi 5 kg.

XI. Grb., l. 44. Od $1\frac{1}{2}$ roku kłucie w lewym boku i kaszel suchy, ciepłota nie podwyższona, chudnie i czuje się osłabiony. Przytłumienie odgłosu nad lewym szczytem, tamże drobnobańkowe rzężenia. Roentgen wykazuje przyćmienie w lewym szczycie bez zmian w gruczołach wnękowych — zrost opłucnowy po stronie lewej. Po zastosowaniu Angiolymphy znikły rzężenia, polepszyło się samopoczucie chorego, a przybytek na wadze wynosi 1·5 kg.

XII. Kro., l. 29. Od 3 lat pokaszluje, chudnie, czuje się bardzo osłabiona, często miewa wzniesienia ciepłoty dochodzące do 37·8, w nocy się poci. Przytłumienie nad obu szczytami, zaostrzenie wdechu obustronne. Roentgen, obok przyćmienia w szczytach, wykazuje znaczne powiększenie gruczołów w obu wnękach. Po zastosowaniu preparatu temperatura obniża się do normy po 8-mej injekcji, poczem w czasie pauzy 14-dniowej znów dochodzi do 37·3. Po drugiej serji zastrzyków znika zupełnie i utrzymuje się nadal w granicach normalnych (4 miesiące kuracji), nocne poty nie pojawiają się. Szczyty obydwa wykazują wdech normalny, pęcherzykowy, przybytek na wadze około 3 kg.

Ilość moich przypadków jest za mała, a czas spostrzegania — wobec tak przewlekłego cierpienia jak gruźlica, za krótki, by można było na ich podstawie ułożyć ścisłe wskazania dla stosowania preparatu Dra Rous, jakoteż wyrobić sobie zdanie o wartości leczniczej tego nowego środka w traktowaniu gruźlicy. Należałoby Angiolymphę wypróbować na szerszą skalę, przez dłuższy okres czasu i na licznym materjale, jakim rozporządzają kliniki i szpitale, — dopiero wtedy dałoby się ocenić jej wartość terapeutyczną i trwałość skutków leczniczych , jak również ściśle określić wskazania dla jej zastosowania.

W każdym razie zarówno liczne już dziś doświadczenia lekarzy, jak i nieliczne moje zachęcają bardzo do dalszych badań w tym kierunku, a to tembardziej, że preparat sam, jak to osobiście mogłem stwierdzić, jest zupełnie nieszkodliwy i przy zastosowaniu go (kilkaset zastrzyków) nigdy żadnych objawów ubocznych, czy to w chwili wstrzykiwania, czy też następczo, nie zauważyłem.

Preparat ten jest wodnym wyciągiem roślin Ixia rosea, Morea sinensis i Orchis maculata, zawierającym glykozydy, znajdujące się w tych roślinach. W jednej ampułce na 2·2 cm³ płynu ma się znajdować 0·05 ekstraktu. W jaki sposób działają te glykozydy na przebieg choroby, trudno orzec. Swoistego, bakterjobójczego działania nie można im przypisywać — sądzę, że raczej samo podłoże, na którem rozwijają się, rosną i mnożą bakterje w ustroju dotkniętym gruźlicą, w następstwie zastrzyków Angiolymphy staje się dla bakteryj jałowem, może nawet szkodliwem tak, że dalszy ich rozwój zostaje wstrzymany.

Albo też wskutek zastrzyków wzrasta w ciele ludzkiem wrodzona każdemu organizmowi odporność wobec bakteryj tak, iż tenże przed niemi łatwiej bronić się potrafi.

Medycyna społeczna.

Dr. T. DYBOSKI. Kopenhaga (Kraków).

Walka z kiłą w Danji.

W październiku ub. r. Towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych w Danji obchodziło uroczyście bardzo ciekawą i godną upamiętnienia rocznicę; w miesiącu tym mianowicie minęło stopięćdziesiąt lat od wydania przez króla Chrystjana VII. edyktu, mocą którego zostało nakazane bezpłatne leczenie chorób wenerycznych.

Założyciel i przewodniczący wspomnianego Towarzystwa, prof. Edward Ehlers w swoim nader ciekawym odczycie (który ukazał się w druku w języku francuskim p. t. »La Syphiloïde en Jutlande« nakł. Massona) dał licznie zgromadzonym słuchaczom ze świata lekarskiego i z poza niego zarys historyczny zdarzeń, które doprowadziły do wydania królewskiego edyktu. W r. 1757 zanotowano poraz pierwszy w historji kraju epidemję kiły w Vissenbjerg na wyspie Fionji. Epidemja ta ogarnęła 7 domów. Już wtedy pojawiły się głosy, świadczące o zrozumieniu niebezpieczeństwa, jakie choroba ta, rozprzestrzeniając się epidemicznie—przedstawiać, by mogła, i już wówczas podawano projekty opodatkowania, zresztą minimalnego, wszystkich obywateli danej gminy dotkniętej chorobą na rzecz jej zwalczania. Projekty te poparte zostały przez fakt wybuchu podobnych epidemij w r. 1761 w Zelandji i w r. 1777 w Aarhus, tem bardziej, że coraz większa ilość ludzi (w r. 1761 — 120 osób) padała ofiarą choroby. Już wtedy zarządzeniami miejscowemi starano się przeciwdziałać. Opłacani przez gminy, względnie okręgi, chirurdzy objęli obowiązek leczenia bezpłatnie — ale i przymusowo — osób chorych i wszystkich ich domowników. Dopiero jednak w r. 1790 zarządzenie bezpłatnego leczenia chorob wenerycznych rozszerzono na obręb całego królestwa, a stało się to dzięki zrozumieniu ważności sprawy przez ministra Guldberga i prokuratora Col Björnsona. Wśród osób usiłujących bezustannie zwracać uwagę społeczeństwa na grożące niebezpieczeństwo nie brakło i biskupa, który widząc przy rozdawaniu Sakramentów wśród swoich wiernych wielu, dotkniętych wrzodziejącemi zmianami w okolicy ust i nosa, pojął w lot możność przeniesienia zakażenia drogą pozapłciową i sam żądał od władz wydania zarządzeń sanitarnych, a przedewszystkiem wołał o danie ludności sposobności do leczenia się, a nawet o przymusowe jej leczenie. Zarządzenia te, nawet przeglądy przymusowe ludności w całych gminach (jak w r. 1793) nie przeszkodziły coprawda temu, że tak pod koniec XVIII wieku, jak i później epidemje kiły się powtarzały, obejmując setki osób (w r. 1793—142). Zdrowa jednak zasada, już wtedy zrozumiana, ułatwiła zwalczanie choroby w ciągu wieku XIX i stała się podstawą ustawodawstwa sanitarnego w tym zakresie, w którym Danja do dzisiaj przoduje.

Dawno minęły czasy, kiedy tępienie prostytucji karami więzienia, a nawet karami cielesnemi (edykt Chrystjana V. w r. 1683) uważano za jedyny środek dla podtrzymania zdrowia moralnego i fizycznego ludności. Co więcej, nawet po wprowadzeniu kontroli prostytutek przez dwukrotne w tygodniu ich badanie (r. 1853) przekonano się, że policyjne środki nie wystarczą. Toteż już w r. 1874 pojawiła się ustawa państwowa, oparta na tych samych wytycznych co edykt z XVIII wieku, i wprowadzająca: 1) prawo do leczenia bezpłatnego na koszt państwa, 2) przymus leczenia, a nawet, gdy warunki życia osoby chorej pozwalały obawiać się zakażenia domowników, przymus leczenia szpitalnego. Przymus ten rozciągał się już wtedy na osoby obojga płci. Ustawa ta m. in. zabraniała karmienia oseskòw kiłowych przez obce mamki i naodwrót karmienia dzieci obcych przez chorą mamkę. Utrzymano coprawda i rozszerzono nawet ustawą z r. 1895 przepisy kontroli policyjnej nad prostytucją, jednak przekonanie o małej skuteczności tej kontroli wśród lekarzy wzrastało, a raporty policji o równie niewystarczającej skuteczności czysto administracyjnych zarządzeń stawały się coraz bardziej wymowne. A mianowicie wykazywały one, że przez lat 8 (od r. 1896 do 1903) na 621 rejestrowanych prostytutek było stale przeciętnie 49 w szpitalu, 40 w aresztach, 18 w domach robót przymusowych a 140 (czyli z górą 22%) w dezercji, przyczem policja nie mogła wykryć ich miejsca zamieszkania. Naturalnie wśród tych 22% prostytutek, uchylających się od kontroli, głównym powodem unikania jej była choroba weneryczna. Toteż wniosek, że sprzedawniona kontrola prostytucji przyniosła wątpliwe tylko korzyści z punktu widzenia zdrowotności ogólnej, które nie

mogą stanowić przeciwwagi dla szkodliwości społecznej tego systemu«*), doprowadził do uchwalenia ustawy z 30 marca 1906. Ustawa ta wyprzedziła o lat kilka podobnie postępową ustawę szwedzką i zawiera nietylko (w artykule pierwszym) gołosłowne zniesienie prostytucji jako środka do zarobku, ale i postanowienia o państwowem pośrednictwie do uzyskania pracy przez osoby bezrobotne, nietylko przymus leczenia chorych wenerycznie, ale i przepisy o bezpłatnem leczeniu, nie wahając się rozszerzyć prawo do bezpłatnego leczenia na wszystkich bez różnicy stopnia zamożności; zawiera twarde przepisy karne dla osób, które świadomie zaraziły drugą osobę; przepisy o badaniu przymusowem osób podejrzanych o chorobę weneryczną (przez lekarza tej samej płci, co osoba badana) i t. d.

Czy przepisy te, bardzo nowoczesne duchem, są skuteczniejsze niż inne sposoby rozwiązania kwestji? Muszą być skuteczniejsze, bo nie są połowiczne; z punktu widzenia społecznego są w każdym razie bardziej ludzkie.

Wykonanie tych przepisów jest naturalnie mniej trudne w małem społeczeństwie, w liczącem 3 miljony ludności państwie duńskiem. Możnaby jednak mieć nadzieję, że zasada tych ustaw da się zaadaptować do warunków życia społeczeństw liczniejszych. Krytyków sceptycznych nie brak i w Danji, naogół jednak można wszędzie widzieć dumę, że udało się zamiast walki z wiatrakiem, t. j. z uznaną i kontrolowaną prostytucją, zrobić krok naprzód ku ważniejszemu celowi walki z chorobą, ogarniającą mężczyzn, kobiety i dzieci. Bo i o dzieciach tutaj się myśli i dla nich pracuje; dowodem tego wzorowo urządzony »dom Welandera«, lecznica dla dzieci chorych na kiłę wrodzoną, gdzie dzieci te zostają latami, drugi dom taki pod Kopenhagą i trzeci w zaniedbanym bardzo pod względem higjeny społecznej, jak mi Duńczycy zaręczają, Szlezwigu.

*) Ehlers: Nouvelle législation danoise contre la prostitution. Paris. Bulletin de la Société fr. de prophylaxie sanitaire et morale 10. III. 1987.

Oceny i sprawozdania.

Vade Mecum lekarza praktyka. Zasady celowego, a oszczędnego stosowania leków oraz pisania recept. Praca zbiorowa pod redakcją Dra R. Kunickiego. Kraków 1924.

Jako tomik 3-ci Bibljoteki Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie ukazała się spora broszura (str. 192) pod powyższym tytułem. Jest to pierwsza rzecz tego rodzaju w piśmiennictwie lekarskiem naszem, rzecz bardzo pożyteczna nietylko dla lekarzy kas chorych, ale i dla ogółu lekarskiego. Treść obejmuje: taksy aptekarskie, postać i sposób przyrządzania leków, farmakologję praktyczną kliniczną, dawkowanie, synonimy, specyfiki i ich zastępywanie, surowice lecznicze i t. d. Wykład wszędzie jasny, układ materjału przejrzysty, polszczyzna wzorowa. *S.*

Przegląd piśmiennictwa.

La Presse Médicale.

Nr. 15. 1924.

Rimbaud, Boulet i Puech. **Znaczenie rozpoznawcze i rokujące niemiarowości ciśnienia.** Pod mianem niemiarowości ciśnienia autorzy opisują zjawisko, spostrzegane w czasie badania ciśnienia tętniczego metodą wysłuchową u osobników, nie wykazujących nawet innej niemiarowości w krążeniu, która może być wykryta obmacywaniem tętna lub wysłuchiwaniem serca. Zjawisko to polega na tem, że część skurczów, wysłuchiwanych w czasie mierzenia ciśnienia na tętnicy w zgięciu łokciowem zapomocą fonendoskopu, nie dochodzi do ucha, gdy tymczasem skurcze te wyczuwamy na tętnicy promieniowej. Jestto wynikiem zmienności ciśnienia poszczególnych fal tętna i spostrzegać daje się zarówno w pobliżu ciśnienia maksymalnego, jak i minimalnego. Występowanie niemiarowości u chorych sercowych razem z innemi, niekiedy minimalnemi, objawami niewydolności serca świadczy o zbliżającym się napadzie ostrej niedomogi.

Zjawiając się u chorych sercowych bez innych objawów niewydolności, dowodzi osłabienia mięśnia sercowego i poprzedza zazwyczaj ciężkie objawy niedomogi.

Wreszcie u chorych bez żadnych innych objawów sercowo-naczyniowych niemiarowość winna zwrócić naszą uwagę na narząd krążenia, gdyż poprzedza ona niedomogę serca zazwyczaj groźną.

Dawniejsze próby czynnościowe serca polegały zwykle na badaniu narządu krążenia chorego, poddanego pewnemu wysiłkowi (gimnastyka, bieganie, podnoszenie ciężarów i t. d.). Niemiarowość ciśnienia świadczy o pewnej niewydolności serca nawet w spokoju.

Znaczenie niemiarowości znajduje swój wyraz w zależności jej od podawania środków nasercowych: autorzy wielokrotnie spostrzegali znikanie niemiarowości po podaniu kilku kropel digitaliny. Należy zatem rozpatrywać niemiarowość ciśnienia jako wczesny objaw niedomogi mięśniowej serca.

Nr. 18. 1924.

A. Crainicianu i S. Goldenberg. **Badania nad znaczeniem cukromoczu florydzynowego w rozpoznaniu ciąży.** Autorzy stosowali następującą metodę badania: 1. chora rano oddaje mocz, który poddajemy badaniu na cukier (20 cm^3 moczu + 2 cm^3 odczynnika Nylander'a); 2. wypija 100—150 gr. wody; 3. zastrzyk domięśniowy $^1/_2$ lub 1 cm^3 florydzyny (roczyn 0,2% florydzyny + 0,1% nowokainy w celu znieczulenia); 4. poczem należy zbierać mocz co pół godziny i badać go na cukier. W pół godziny po zastrzyku chora wypija jeszcze 100—150 gr. wody.

Próby z zastrzykiwaniem 2 mlgr. florydzyny dały we wszystkich przypadkach ciąży, niezależnie od okresu, wynik dodatni. Próby kontrolne (33 przypadki) dały wynik dodatni w 54%. Dodatni zatem wynik próby z 2 mlgr. przemawia za możliwością ciąży (54%); ujemny wynik wyłącza ciążę bezwzględnie.

Dodatni wynik próby z zastrzykiwaniem 1 mlgr. świadczy — prawie napewno o istnieniu ciąży; odczyn ujemny daje 53% omyłek, gdyż na 15 kobiet ciężarnych, 8 dało taki wynik. Metoda ta jest znacznym postępem w porównaniu z innemi laboratoryjnemi metodami rozpoznawania ciąży.

Badania swe autorzy zaczynali od zastrzyku 2 mlgr. florydzyny. Przytem o ile odczyn wypada ujemnie, świadczy to prawie napewno przeciw ciąży; jeżeli zaś odczyn jest dodatni należy powtórzyć próbę z 1 mlgr. florydzyny. O ile i wówczas odczyn pozostaje dodatnim, ciąża jest pewna. W przeciwnym razie rozpoznanie ciąży pozostaje wątpliwe.

Nr. 23. 1924.

Ch. Lenormant, A. Richard i J. Sénèque. **Dwa przypadki ożywienia serca zapomocą dosercowych zastrzyków adrenaliny.** Opis dwóch przypadków zatrzymania się serca w przebiegu znieczulenia, w których zastosowano dosercowy zastrzyk adrenaliny. Przypadek pierwszy tyczył się 42-letniej kobiety, operowanej z powodu ropienia gruczołów szyjno-tętniczych w znieczuleniu chlorkiem etylu; zatrzymanie się oddechu; stosowane w ciągu 12-stu minut sztuczne oddychanie nie odniosło skutku. Tętno niewyczuwalne, tonów serca nie wysłuchuje się. Zastrzyk dosercowy 2 mlgr. roztworu adrenaliny (1/1000). Po upływie 5—10 sekund zjawiają się tony serca; tętna na t. udowej nie wyczuwa się. Po 5-ciu minutach serce ponownie staje; powtórny zastrzyk 2 mlgr. adrenaliny. Działalność serca zostaje przywrócona; tętno — 90. Samoistne oddychanie jednak nie wznawia się i po upływie $^1/_4$ godziny działalność serca ustaje zupełnie.

Przypadek drugi dotyczy 47-letniej kobiety, operowanej z powodu włókniaka macicy — znieczulenie lędźwiowe. Po upływie 5—6 minut po zatrzymaniu się serca zastrzyk dosercowy 2 mlgr. adrenaliny, który przywraca czynność serca.

Na zasadzie spostrzeganych przypadków i piśmiennictwa autorzy wyprowadzają następujące wnioski:

Pomyślny wynik zależy od wczesnego zastosowania zastrzyku; przerwa działalności serca nie może przekraczać 5—6 minut. Dokonywać zastrzyku należy zapomocą zwykłej strzykawki zaopatrzonej w długą cienką igłę, n. p. igłę do przekłucia lędźwiowego, w 4-ej przestrzeni międzyżebrowej

bezpośrednio obok mostka — zastrzykujemy w ten sposób do prawej komory, zresztą taki sam wynik daje zastrzyk do którejkolwiek z jam serca lub nawet do mięśnia sercowego. Zastrzyk początkowy winien zawierać 1 lub 2 mlgr. adrenaliny = 1 lub 2 cm^3 roczczynu 1:1000. Jeśli zachodzi potrzeba można zastrzyk powtórzyć, dochodząc do 6 mlgr. Duże dawki, stosowane przez Crile'a (10—20 mlgr.), zdaniem autorów są bezużyteczne i może nawet szkodliwe. Na 31 przypadków z piśmiennictwa, w 17-stu (55%) osiągnięto ożywienie serca.

Stosowanie adrenaliny jest nieszkodliwe; jedynemi spostrzeganemi zaburzeniami były: ostre pomięszanie z omamami, niepokój, drgawki padaczkowe, nadmierna gorączka.

Nr. 24. 1924.

F. Widal, P. Abrami, A. Weill i Laudat. **Rozkojarzone działanie insuliny na cukromocz i wydalanie acetonu.** Spostrzeganie pewnych przypadków cukrzycy leczonych insuliną wykazuje bezpośrednie i wybiórcze działanie insuliny na tworzenie się ciał acetonowych. W pewnych przypadkach cukrzycy ze znacznym cukromoczem i acetonurją po zastosowaniu dostatecznych dawek czynnej insuliny osiągamy znaczne zmniejszenie ilości ciał acetonowych, zupełnie nie proporcjonalne do zmniejszania się cukromoczu. Zdarza się też często, że po przerwaniu leczenia insuliną przy przestrzeganiu takiej samej racji pokarmowej cukromocz wzrasta w ciągu 24—48 godzin do swej liczby pierwotnej, podczas gdy acetonurja pozostaje nieznaczną i bardzo powoli osiąga poprzednią wartość.

U djabetyków ze znacznym cukromoczem po zastosowaniu słabych dawek insuliny spostrzegamy niemal wyłączne działanie jej na wydalanie ciał acetonowych. Zawartość cukru w moczu nie ulega prawie żadnej zmianie.

Działanie insuliny zdaniem autorów jest bardzo złożone. Pogląd dotychczasowy, że zmniejszanie się acetonurji zależy w znacznej mierze od wydajniejszego zużytkowywania w ustroju węglowodanów (»tłuszcze i białka są lepiej spalane w ogniu węglowodanów«) niedostatecznie wyjaśnia kwestję. W ustroju djabetyków, przeładowanym jednocześnie cukrem ciałami acetonowemi, działanie insuliny zwrócone jest w znacznym stopniu, niekiedy zaś wyłącznie, przeciwko nagromadzaniu się w płynach utrojowych najbardziej trujących związków t. j. acetonu i jego pochodnych.

Nr. 27. 1924.

M. Loeper i R. Turpin. **Boran sodu w cierpieniach żołądka.** Autorzy stosowali w chorobach żołądka dwuboran lub czteroboran sodu w dawce od 2—3 gr. dziennie, w postaci rozczynu wodnego 1:200, dodając równą ilość gliceryny lub bez niej. Wskazane jest w cierpieniach organicznych stosowanie środka tego na pół godziny przed jedzeniem 2—3 razy dziennie. W cierpieniach czynnościowych zwłaszcza w połączeniu z objawami sercowemi lub naczyniowemi należy podawać go razem z jedzeniem. Należy stosować boran sodu okresami od 8—10 dni, poczem leczenie na pewien czas przerywa się aby uniknąć przyzwyczajania się, następnie powracamy do poprzednich dawek.

Spostrzeżenia autorów w czynnościowych cierpieniach żołądka u osobników nerwowych dotyczą chorych ze skargami na palenie w pół godziny po przyjęciu pokarmów, na kurcze bezpośrednie po jedzeniu lub też na bóle późne, naśladujące nadkwaśność lub wrzód, na nudności, wymioty i t. p. U większości takich chorych podawanie boranu sodu wywołuje szybką i znaczną poprawę.

Autorowie stwierdzali dodatni wpływ tego leku na objawy pochodzenia naczynioruchowego częste w tych niestrawnościach, a mianowicie: czerwienienie się twarzy po jedzeniu, zawroty i bóle głowy, poty, drżenie, bicie serca. Podobnie zachęcające wyniki mieli autorzy po stosowaniu boranu sodu w nieżytach żołądka i nawet nowotworach jego.

Ujemne strony leczenia boranem sodu są następujące: 1. dodatnie działanie trwa naogół od 1 do 12-stu dni, poczem należy podawanie na pewien czas przerwać; 2. pomaga nie we wszystkich przypadkach i 3. niekiedy wywołuje palenie, wyjątkowo rzadko biegunkę lub swędzenie skóry.

Boran sodu działa miejscowo na śluzówkę żołądka, nieco alkalizuje treść jego, ma słabą własność przeciwguilną i znaczne działanie kojące.

Nr. 29. 1924.

Courtors-Suffit, Bourgeois i Garcin. **Uwagi nad 328 przypadkami duru brzusznego.** Na zasadzie 328 przypadków duru brzusznego, spostrzeganych w szpitalu Dubois w okresie ostatnich 4-ch lat autorzy wyprowadzają następujące wnioski: cierpienie to spotyka się znacznie częściej u kobiet, co tłumaczy się tem, że większość mężczyzn w wieku poborowym była szczepiona przeciw durowi. Spostrzeżenia nad rodzinami, które uległy zakażeniu durowemu i w których część osobników szczepionych nie zachorowywała, nie szczepieni zaś zapadali, dowodzi aż nadto konieczności zastosowania systematycznego szczepienia przeciwdurowego całej ludności. Przemawia też za tem częstość i ciężkość przebiegu postaci duru pochodzenia ostrygowego, mimo ostrożności przestrzeganych w przemyśle ostrygowym.

Z punktu widzenia klinicznego obraz chorobowy duru uległ zmianom; wyjątkowo rzadko spostrzegamy ciężkie postaci adynamiczne; rzadko występuje biegunka; zaparcie stolca stało się najczęstszym objawem kiszkowym; krwotoki nosowe, głuchota lub szum w uszach są ważnemi objawami. Dwubitność tętna jest b. rzadka wbrew klasycznym podręcznikom. Względne zwolnienie tętna ma miejsce jedynie w początku choroby. Liczby tętna 120—130 w późniejszych okresach spostrzegamy często bez żadnych objawów zapalenia mięśnia sercowego. Taka częstość tętna nie ma złego rokującego znaczenia wbrew prawu Murchison'a.

Najbardziej stałemi objawami durowego zapalenia mięśnia sercowego są: znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego (8—4,5 i 9—5 Vaquez), częstoskurcz, znikanie 1-go tonu na tętnicy głównej, niestały rytm, następnie w dalszym przebiegu głuche tony serca, rytm płodowy, sinica kończyn, przekrwienie płuc, rozszerzenie prawego serca.

Postaci ostrygowe duru cechują się krótkim okresem wylęgania (11—15 dni), gwałtownym początkiem z objawami zatrucia i żołądkowo-kiszkowemi (wymioty, biegunka). W przebiegu mamy b. często powikłania (75%) — zapalenia żył, krwotoki kiszkowe, zapalenie mięśnia sercowego, objawy mózgowe. Śmiertelość dochodzi do 17%, podczas gdy w zwykłych postaciach nie przekracza 3,6%.

Autorzy zaznaczają, że klinicznie nie możemy odróżnić duru brzusznego od gorączek paratyfusowych; jedynie badania laboratoryjne mogą to rostrzygnąć.

Leczenie polega na stosowaniu kąpieli, obfitych napojów, wyjątkowo leków nasercowych (ol. kamforowy, naparstnica) w przypadkach osłabienia mięśnia sercowego lub na podawaniu ergotyny i morfiny w przypadkach krwotoków.

Aleksander Krause (Warszawa).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 11. — Listopad. — 1923.

E. Retterer. **O rozwoju włosa.** Autor, który od lat 40 zajmuje się badaniami nad rozwojem włosów u zwierząt i ludzi, dowodzi na podstawie szczegółowych badań histologicznych, że dotychczasowe powszechnie przyjęte poglądy na rozwój włosów są błędne i muszą ulec sprostowaniu. W poglądach tych trzyma się ściśle twierdzenia, że w budowie skóry i jej tworów dodatkowych, należy zasadniczo odróżniać listek zarodkowy zewnętrzny i środkowy (Remak). Części łącznotkankowe skóry i tworów dodatkowych a między niemi torebek włosowych, uważano dotąd za twory pochodne listka zarodkowego środkowego i tego zapatrywania broniono w myśl zasady, że komórki przyskórka, włosy i wewnętrzna wyściółka (przyskórkowa) torebek, rozwijają się z zarodka z blaszki zewnętrznej, część łącznotkankowa torebki natomiast i brodawka włosa powstać może jedynie z listka zarodkowego środkowego. Błona szklista torebki włosowej była według dotychczasowych pojęć ową linją graniczną tworów pochodzenia ściśle naskórkowego z jednej, pochodzenia łącznotkankowego z drugiej strony. Zdaniem autora, dotychczasowe opisy histologiczne zarodkowego zawiązka włosa nie są dość ściśle i mylne dlatego, że nie posługiwano się albo odpowiedniemi sposobami barwienia, albo nie przeprowadzano

badań na skrawkach serjowych. Widać to choćby z rysunków przedstawiających ciągłość warstwy komórek cylindrycznych pokrywających od zewnątrz cały zawiązek włosa, gdy w istocie taką ciągłość komórek cylindrycznych (*stratum basale)* spotykamy jedynie w początkowych okresach tworzenia się zawiązka włosa. W późniejszych okresach komórki cylindryczne otaczają zawiązek włosa tylko w górnych jego częściach przemieniając się stopniowo w komórki tkanki łącznej i dając w końcowym wyniku część łącznotkankową torebki włosa (warstwa komórek łącznotkankowych podłużna i okrężna). Brodawka włosa jest również wytworem listka zarodkowego zewnętrznego a więc przeobrażonemi w komórki łącznotkankowe komórkami przyskórkowemi a nie komórkami listka zarodkowego środkowego. Niema mowy ani o wrastaniu łącznotkankowej brodawki w cebulkę włosa ani też o obrastaniu przez cebulkę włosa tkanki łącznej i wytwarzaniu w ten bierny sposób brodawki włosa a jest istotnie tylko przemianą komórek części podstawowej zawiązku włosa komórek naskórkowych w komórki łącznotkankowe. Zawiązek włosa powstały skutkiem nagromadzenia się komórek listka zarodkowego zewnętrznego jest zdaniem autora, nie jak dotąd mniemano materjałem do wytworzenia się włosa i jego pochewek naskórkowych (zewnętrznej i wewnętrznej), ale jest zarazem materjałem do wytworzenia i części łącznotkankowej torebki włosa i całej brodawki włosa. Z zawiązka włosa wytwarzają się też przez wypuklenie boczne gruczoły łojowe a nierzadko u zwierząt i gruczoły potne, uchodzące bądźto w uchyłku torebki bądź w wywodach gruczołów łojowych.

J. Nicolas i J. Gaté. **Unicité ou dualité du lichen plan et du lichen corné. Spinulosisme.** Zapatrywania sporne a dotąd dostatecznie nierozstrzygnięte, zapatrywania czy liszaj brodawkowaty (*lichen corneus seu verrucosus*) uważać za osobną jednostkę chorobową, jak chcą niektórzy (Darier, Brocq), czy też za odmianę liszaja czerwonego płaskiego, jak chcą inni (Thibierge) skłoniły autorów do podjęcia omawiania tej sprawy i wyrażenia swoich poglądów na podstawie spostrzeganych świeżo trzech przypadków, tudzież dawnych luźnych spostrzeżeń. Z omawianiem tego tematu łączą ponadto sprawę *lichen spinulosus* i sprawę łuszczycy błony śluzowej (*leucoplakia*) i wyrażają odnośnie do tych spraw nowe własne poglądy. W dwóch z pośród 3-ch omawianych przypadków stwierdzili autorzy bądźto współistnienie wykwitów znamiennych dla liszaja czerwonego płaskiego i liszaja brodawkowatego bądź też przejście wykwitów jednych w drugie i to często w tych samych ogniskach chorobowych a stwierdzenie tego faktu przemawia już, zdaniem ich, dostatecznie za ścisłą łącznością tych dwu obrazów chorobowych mogących się zresztą różnić wybitnie tak pod względem klinicznym jak i histologicznym. Różnice histologiczne nie są dostatecznym wskaźnikiem dla stwarzania osobnych jednostek chorobowych, bo wiemy, że sprawy chorobowe etjologiczne różne a więc odrębne mogą dawać te same obrazy histologiczne. Przejścia wykwitów liszaja płaskiego w wykwity liszaja brodawkowego, jakie autorzy spostrzegali są wymownym dowodem tego, że chodzi o jedną i tę samą jednostkę chorobową ujawniającą się tylko pod odmiennemi postaciami z przyczyn bliżej nam dotąd nieznanych. To, że przejść tych w wielu przypadkach nie spotykamy, nie jest bynajmniej dowodem przeciw tożsamości omawianej sprawy chorobowej a tylko właściwością osobniczą skóry, właściwością sprawiającą, że skóra odrazu tak a nie inaczej oddziaływuje na bodziec chorobowy.

W jednym ze spostrzeganych ostatnio przypadków stwierdzili autorzy obok wykwitów liszaja czerwonego płaskiego i brodawkowatego także wykwity »*lichen spinulosus*« i skutkiem tego wyrażają przypuszczenie, że »*lichen spinulosus*« względnie »*spinulosisme*« Dariera, to tylko objaw wybitnego nadmiernego rogowacenia uchyłków torebek włosowych, rogowacenia, mogącego być w wielu przypadkach ogniwem przejściowem pomiędzy mało zrogowaciałym liszajem płaskim a już wybitnie zrogowaciałym liszajem brodawkowatym. Wszakże »*lichen spinulosus*« autorów angielskich nie jest bynajmniej jednostką chorobową ściśle określoną a jedynie zbiorem spraw chorobowych etjologicznie różnych, klinicznie tylko na podstawie pewnych cech znamiennych w jedno złączonych. Wszakże wchodzą tu w grę procesy tak różne, jak »*acne cornée*«, »*acne kératosique*« i »*lichen ruber acuminatus*« co więcej, nawet czasami »*lichen scrophulosorum*« lub »*lichen syphiliticus*«.

Z liszajem czerwonym płaskim mogłoby w niejednym przypadku pozostawać w związku łuszczyca błony śluzowej jamy ustnej (*leucoplakia buccalis*). To przypuszczenie nasuwają autorom dwa przypadki przez nich spostrzegane, przypadki, w których bądźto obok typowego liszaja płaskiego błon śluzowych i skóry bądź też liszaja płaskiego tylko skóry, stwierdzić mogli typową łuszczycę błon śluzowych policzków tuż poza kątem ust usadowioną. Do czynników etjologicznych łuszczycy błon śluzowych dotąd znanych i omawianych takich jak kiła i drażnienie (tytoń, alkohol, zepsute zęby i t. p.) przybywałby czynnik nowy: liszaj czerwony płaski. Teoretycznie możnaby przyjąć, że łuszczyca błon śluzowych odosobniona bez towarzyszących jej jakichkolwiek wykwitów liszaja płaskiego czy to na błonach śluzowych, czy na skórze, mogłaby być jedynym objawem liszaja płaskiego występującego pod tą rozlaną mało typową postacią. To przypuszczenie wymaga dalszych dowodów klinicznych i dalszych badań histologicznych.

G. Jean. **Przypadek ograniczonego gruczolaka łojowego skóry owłosionej głowy, podobnego do znamienia brodawkowego.** W przypadku tym naśladującym klinicznie znamię brodawkowe, rozpoznanie napotykało na tem większe trudności, że zmiana chorobowa istniała od urodzenia a siedziba zmiany nie była bynajmniej typową dla gruczolaka łojowego. Badanie histologiczne wykazało utkanie znamienne dla gruczolaka łojowego, o czem przed badaniem nie myślano nawet. Autor zwraca uwagę, że możliwe jest, iż w wielu podobnych przypadkach (zresztą rzadkich) gruczolak łojowy rozpoznawany jest fałszywie jako znamię, zwłaszcza jako znamię brodawkowe lub tłuszczakowe.

Lenartowicz (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11. kwietnia 1924.

Przewodniczy: prym. Leńko. Obecnych 90.

Prof. Schramm przedstawia przypadek po operacji **nowotworu szczęki górnej** (operacja przed 3. laty). W przypadku tym udało się obejść bez protezy; obecnie podniebienie całkiem zarosło.

Kol. Bocheński i Meisels: **„Naświetlanie promieniami Roentgena raka macicy“** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Chania wyjaśnia działanie promieni wpływem na stan koloidowy ciał białkowych komórki rakowej. Prof. Schramm zauważa, że promienie Roentgena działają dodatnio tylko na raki macicy, gdy tymczasem naświetlanie raków piersi jest bez skutku, a nawet niedostateczne naświetlanie jest szkodliwe.

Prof. Zalewski podnosi dodatnie wyniki po naświetlaniu twardzieli i gruźlicy krtani. Kol. Fels zapytuje czy po naświetlaniu raków macicy jest możliwa ciąża. Kol. Bocheński wyjaśnia, że powrót do prawidłowego funkcjonowania macicy jest po naświetlaniu niejednokrotnie stwierdzany, a nawet możliwe jest zajście w ciążę. Prof. Schramm podnosi spostrzeżenia autorów amerykańskich i francuskich, że chora z rakiem jednej piersi, po zajściu w ciążę dostaje raka i to bardzo złośliwego po drugiej stronie. Kol. Meisels: że naświetlanie raków piersi nie zawsze jest ujemne. Rak krtani, oraz nowotwory w epipharynx naświetlane, poprawiają się; w naświetlaniu raków żołądka brak doświadczenia.

Posiedzenie naukowe z dnia 2. maja 1924.

Przewodniczy. prof Zalewski Obecnych 70.

Kol. Ciepielowski przedstawia przypadek **Icterus haemolyticus** (przeznaczone do druku)

W dyskusji zabierali głos kol. Sabatowski i kol. Ziembicki.

Kol. Musiał przedstawia rzadki **przypadek tętniącego wytrzeszczu gałki ocznej** lewej pochodzenia urazowego (pobicie laską po głowie), u mężczyzny lat 24. Oprócz wytrzeszczu oka porażenie nerwu twarzowego, wszystkich gałązek, oraz nerwu językowo gardłowego po tejże stronie. Omawia przyczyny jakie mogą powodować wytrzeszcz oka i podaje wspólne cechy oraz różnice dla tychże obrazów chorobowych. Wytrzeszcz, tętnienie gałki ocznej

przy ucisku, możność cofnięcia gałki w głąb, przy osłuchiwaniu okolicy oka szum w głębi, równoczesny ze skurczem serca, znikanie tegoż przy ucisku na carotis com., to cechy właściwe dla wytrzeszczu tętniącego oka po pęknięciu *carotis interna* w zatoce jamistej.

Kol. Dobrzański przedstawia **dwa ciała obce, wyjęte z przełyku przez oesophagoskopję.**

1) przypadek dotyczy 6 letniego chłopca, który połknął 10-fenigówkę, poczem uczuł ból i trudności przy przełykaniu. Roentgen wykazał ciało obce odpowiadające monecie metalowej, 2 palce powyżej jugulum. Przy pomocy oesophagoskopji bez trudności i szybko ciało to następnego dnia wyjęto. Przypadek ten wskazuje, że ciało obce w przełyku nie przedstawia niebezpieczeństwa, o ile w czas jest skierowane do oesophagoskopji.

2) **6-o miesięczne dziecko**, które przed 5 dniami miało zadławić się spinką do zapinania kołnierzyka. Wielkie trudności w przełykaniu i duszność, która w 3-im dniu wystąpiła, spowodowały, że rodzice uważali za stosowne w **5-ym** dniu szukać porady w klinice otolaryngologicznej lwowskiej. Stan dziecka był bardzo ciężki: lekka sinica nasilony oddech i stridor wskazywały na zwężenie dróg oddechowych; natychmiastowa tracheotomja. Wysoka ciepłota (40° C), stłumienia i wilgotne rzężenia wskazywały na powikłanie ze strony płuc.

Prześwietlenie Reontgenem wykazało obecność ciała obcego kształtu spinki, prawdopodobnie w pierwszej cieśni przełykowej (między chrząstką pierścieniową a kręgosłupem). Po wprowadzeniu oesophagoskopu można było wśród obumarłych strzępów błony śluzowej, widzieć spinkę, która się obluźniła i ruchami robaczkowemi przełyku zesunęła się ku dołowi. Wprowadzona głębiej rura eosophagoskopijna pozwoliła stwierdzić spinkę na wysokości rozwidlenia, skąd wyjęto ją przy pomocy ostrych kleszczyków Brüningsa za rurą eosophagoskopijną.

Stan dziecka przed zabiegiem bardzo ciężki, po wyjęciu ciała obcego nie poprawił się i w 5 godzin później nastąpiła śmierć.

Sekcja wykazała: *Ulcera decubitalia partis superioris oesophagi, perichondritis laryngea, oedema laryngis. Status post tracheotomiam. Bronchopneumonia aspiratoria pulmonis utriusque, Thymus hyperplasticus, Hypertrophia apparatus lymphatici.* Śmierć nastąpiła z powodu zapalenia płuc u dziecka zresztą mało odpornego, ze stanem grasiczno-limfatycznym.

Mówca zwraca uwagę na **głębokie odleżyny**, które ciało obce leżąc przez 5 dni w przełyku wywołało. Rany odleżynowe sięgają i drążą w głąb chrząstki pierścieniowej krtani (powodując obrzęk zapalny krtani) W dalszem omówieniu podkreśla mówca **rzadkość** przypadku ze względu **na wiek dziecka**, u którego na drodze oesophagoskopji ciało obce usunięto. W dostępnem mu piśmiennictwie znalazł jeden tylko przypadek równy wiekiem omówionemu opisany przez Weissa i Sencerta w r. 1908 (Rev. med. de l'Est. s. 692).

Kol. Reich wygłosił rzecz **„porażenia połowicze a teorja ruchów"** (przeznaczone do druku).

Posiedzenie naukowe z dnia 9. maja 1924.

Przewodniczy prym. Leńko. Obecnych 70.

Kol. Leńko wygłasza wspomnienie pośmiertne po zmarłym ś. p. Willnerze Zygm. członku Lw. Tow. lek.

Prof. Węgłowski przedstawia: a) przypadek **tętniaka tętnicy podobojczykowej** po strzale rewolwerowym. Z powodu *sepsis* wykonano amputację ręki prawej.

b) **Krwiak z powodu rany nożem w okolicy tętnicy udowej.** Przy operacji wykonanej po podwiązaniu naczynia powyżej i poniżej rany, okazało się, że zranieniu uległa żyła i tętnica udowa.

c) Przypadek, w którym W. wykonał **przeszczepienie kawałka żyły — w miejsce tętnicy udowej.**

Kol. Tennenbaum przedstawia szeregowca, któremu z powodu **porażenia nerwu promieniowego** ręki prawej **przeszczepiono mięsień zginający dłoń, promieniowy, na stronę dorsalną.** Użycie tego sposobu, celem przywrócenia funkcji ręki, stanowi największy procent z wszystkich podobnych operacyj po porażeniach nerwów obwodowych.

Autorowie niemieccy przeprowadzają tę operację w ten sposób, że wykonują wpierw usztywnienie stawu nadgarstkowego przez tenodezę. Jednakowoż usztywnienie tego stawu jest zbyteczne, a wystarczy zupełnie samo przeszczepienie mięśnia — jak to przedstawiony przypadek wykazuje.

Kol. Unieszowski przedstawia: a) przypadek **słoniowatości napletka**, powstałej po operacji stulejki, dokonanej przed 2-ma laty, z wytworzeniem w tylnej części napletka wyrośli twardej w postaci dwóch bocznych skrzydeł sterczących po obu stronach główki prącia. Etjologicznym momentem był tu prawdopodobnie przewlekły obrzęk pooperacyjny napletka z ustaleniem nie prawidłowych warunków krążenia.

Mówca omawia sposoby uniknięcia obrzęku napletka z powodu uwięźnięcia w nim główki prącia po zabiegu stulejki i proponuje nacinać skórę o 2—3 cm. więcej niż błonę śluzową oraz luźno nakładać szew ciągły na ranę.

b) **Wrodzone obustronne symetryczne zwichnięcie zupełne nazewnątrz rzepek w obu stawach kolanowych.**

Pokaz roentgenogramu i chorego lat 23, u którego obie rzepki zmniejszone trzykrotnie, formy owalnie podłużnej, dobrze macalne i ruchome znajdują się przed zewnętrznemi kłykciami kości udowych, zaś z przodu w stawach kolanowych wyraźnie wyczuwalne, wolne dołki międzykłykciowe. Chory chodzi zupełnie dobrze.

Etjologja taż sama co i w zwichnięciach nabytych — przyczyna dynamiczna, n. p. uraz ciężarnej macicy przy małej ilości wód płodowych, uraz obu stawów kolanowych podczas aktu porodowego, wreszcie energiczne ruchy płodu w życiu macicznem z silnym skurczem mięśni czworogłowych uda, których ścięgna tworzą z więzadłami rzepkowemi kąty rozwarte, na których szczycie umieszczone są rzepki. W czasie skurczu mięśnia rzepka może być wyparta nazewnątrz, tem łatwiej, jeżeli dołek międzykłykciowy jest płytki.

W dyskusji nad wykładem kol. Reicha na posiedzeniu z dnia 2. maja 1924 kol. Rothfeld podnosi znaczenie badań współruchów przy porażeniach połowiczych oraz znaczenie narządu przedsionkowego dla zrozumienia fizjo- i patologji systemu pozapiramidowego. Współruchy występujące przy zwrotach głowy i ruchach gałek ocznych mogą pozostawać w związku z uszkodzeniem *fasciculus longitudinalis posterior*, którego przecięcie u zwierząt, według badań Rothfelda, wywołuje ubytki w odczynach ruchowych głowy przy zadrażnieniu błędnika.

Występowanie demonstrowanych przez kol. Reicha współruchów są zdaniem R., wynikiem dysfunkcji aparatu pozapiramidowego.

Kol. Türkel wygłosił rzecz: **»O granicach cystoskopji«** (przeznaczone do druku).

W dyskusji przemawiali kol. Mehrer i kol. Leńko.

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 16. maja 1924.

Przewodniczy prof. Zalewski. Obecnych 55.

Prof. Ostrowski przedstawia: a) 2 chorych operowanych z powodu przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka do wolnej jamy otrzewnowej Jeden był operowany w 24 godz. od chwili pierwszych objawów, drugi w $4^1/_2$ godziny. U obu lokalizacja bólów, napięcie mięśni brzusznych, oraz zmiany stwierdzane per rectum w jamie Douglasa, przemawiały za pierwotną sprawą, wychodzącą z okolicy kątnicy — wywiady nie wskazywały na cierpienie żołądka. Po otwarciu jamy brzusznej ustalono istotę sprawy. W obu przypadkach zeszyto 2-piętrowym szwem otwór w żołądku i pokryto siecią; po usunięciu mechanicznem wielkich ilości płynu żółto-mętnego z resztkami pokarmów i strzępami włóknika, ranę operacyjną zeszyto; w przypadku pierwszym założono dreny, w drugim zeszyto całkowicie, ponieważ upłynęło dopiero $4^1/_2$ godz. od początku przedziurawienia. Duval zaleca w takich przypadkach radykalne wycięcie wrzodu z częścią żołądka, uznając, że w ten sposób zapobiega się ewentualnie zwężeniu odźwiernika, o ile wrzód zagoi się.

Licząc się z warunkami, w jakich chory z perforacją na stół operacyjny przybywa, korzystniej jest w tych przypadkach, gdzie od chwili perforacji upłynęło więcej niż 6 godzin ograniczyć się do zeszycia przedziurawienia. W przypadkach gdzie istnieje bezwzględne zwężenie odźwiernika, należy wykonać gastroenterostomję.

b) Chorego po całkowitem wycięciu krtani z powodu raka. Chory przybył z ambulatorjum kliniki laryng., gdzie wykonano u niego tracheotomję z powodu wielkiej duszności. Badanie laryngoskopowe wykazało daleko posunięte zmiany nowotworowe wobec czego wykonał O. całkowite wycięcie krtani. Po operacji karmiono chorego przez zgłębnik.

Kol. Wajgel przedstawia chorego po operacji **sarcoma durae matr.** (przypadek demonstrowany w styczniu b r.), którego naświetlano promieniami Roentgena z bardzo dobrym wynikiem.

Kol. Mostowy: przypadek **resekcji części odźwiernikowej żołądka** z powodu wrzodu żołądka.

Kol. Czernecki przedstawia sprawozdanie z **przypadku anaemia gravis.** C. stosował wszelkie metody leczenia bez skutku. Dopiero podawanie tyreoidyny spowodowało w krótkim czasie zanik obrzęków i ogólną poprawę.

Kol. Balej przedstawia przypadek wpłynięcia na sny nocne przy pomocy **hipnozy.**

Kol. Fuchs wygłosił rzecz **„O wychowaniu fizycznem"** (przeznaczone do druku)

W dyskusji przemawiali kol. Hojnacki, Fels, Sabatowski, Zalewski.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 23. maja 1924 r.

Przewodniczący prof. Zalewski. Obecnych 60.

Kol. Dobrzański przedstawia spinkę kościaną, o średnicy 2 cm, wyjętą z przełyku 18 miesięcznego dziecka przez oesophagoskopję. Pozostawała ona przez 9 dni w przełyku dając trudności w przełykaniu. Roentgen wykazał obecność ciała obcego na wysokości rozdwojenia tchawicy. Oesophagoskopja była utrudniona zarówno z powodu młodego wieku dziecka, jakoteż ze względu na obecność obumarłych strzępów błony śluzowej, pokrywających nadto uwięzgnięte ciało obce, które było tak silnie wklinowane, że dwukrotnie założone kleszczyki ostre Brüningsa ześliznęły się, dopiero za trzecim razem udało się cało spinkę wyjąć pod kierunkiem wzroku za rurą oesophagoskopijną, Po zabiegu wyleczenie nastąpiło bez dalszych powikłań. Mówca podkreśla, że w żadnym przypadku obecności ciała obcego w przełyku nie powinno się robić próby wyciągania na ślepo (jak w tym przypadku próbowano wydobyć przy pomocy koszyczka) lub przepychania ku dołowi, bo można przez to wielką szkodę przynieść

choremu. Oesophagoskopię można wykonać bez jakiegokolwiek niebezpieczeństwa nawet u bardzo młodych dzieci, czego dowodem jest wyżej omówiony przypadek, który już w stanie zaniedbanym do kliniki otolaryngologicznej skierowano.

Prof. Moraczewski wygłosił rzecz: „**Wydzielanie nerek i pęcznienie tkanek**".

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 30 maja 1924.

Przewodniczy prym. Leńko. Obecnych 80.

Kol. Buehn przedstawia przypadek kliniczny **sarcoma ventriculi primarium**.

W dyskusji kol. Pisek wobec nadkwaśności i braku innych chemicznych i czynnościowych zmian, jest skłonny raczej do przyjęcia *sarcoma hepatis*. Kol. Buehn: możliwość tę brano poważnie pod uwagę, jednak początek choroby i dalszy jej przebieg kazały myśleć o pierwotnym mięsaku żołądka.

Kol. Mehrer przedstawia przypadek następowej *pyelonephritis* po sztucznie wywołanej cystitis. U chorego wykonał M ureterostomję obustronną. Poczem wygłosił rzecz: „**Pyelitis arteficialis**" (przeznaczone do druku). *T. Falkiewicz.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dn. 18 marca 1924 r.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

Prezes zawiadamia zebranych o śmierci sekretarza stałego W. T. Lek. ś. p. Alfreda Sokołowskiego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

1) Kol. Szczepański. Pokaz chorego po dokonanej operacji torakoplastyki z powodu męczących objawów wywołanych przez rozszerzenie oskrzeli.

Kol. Szerszyński opisuje zabieg, jaki zastosował u przedstawionego chorego.

2) Kol. Rzętkowski odczytuje odezwę Państwowego Zakładu Higjeny do Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego następującej treści:

Komitet insulinowy w Toronto zawiadomił nas przez Biuro Zdrowia Ligi Narodów, że gotów jest wysłać na swój koszt jednego chemika fizjologicznego i jednego klinicystę, ażeby zaznajomili się z wyrobem, działaniem i kliniką insuliny. Chwilowo bliższych szczegółów nie posiadamy, wiemy jednakże, że ostateczny wybór będzie zależał od komitetu w Toronto. Prosimy zatem Wydział Lekarski U. W. o przesłanie nam danych wraz z krótkim życiorysem jednego lub kilku lekarzy z pomiędzy klinicystów, którzy w zasadzie zgodziliby się wyjechać, w razie ich wyboru. Dane te dostarczymy zaraz czynnikom kompetentnym do ich ostatecznej decyzji. Za Dyrektora Zakładu *Sierakowski*, zastępca dyrektora zakładu.

3) Kol. Węgierko przedstawia chorą po zespoleniu żołądkowo-jelitowem z powodu bólów o charakterze kamicy żółciowej. Szczegółowe badanie, jak również analiza krwi z dodatnim odczynem Wassermanna, skłoniły do rozpoznania jedynie kiły wątroby. Leczenie swoiste dało wyniki skuteczne.

W dyskusji prof. Gluziński stwierdza, że w danym przypadku potwierdziło się to, co już podnosił w swoich poprzednich pracach i odczytach, że duża, gładka, twarda wątroba i duża śledziona przemawiają za kiłą. W danym przypadku, przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego, należało pamiętać o kile i przeprowadzić odpowiednie leczenie. Francuzi nie wstydzą się podawać *hepatitis pseudochirurgica*, gdyż podobnych chorych skierowywali na operacje. Przy operacjach szukali oni ropnia wątroby, kamicy wątroby, znajdywali natomiast dużą, gładką wątrobę, twardą przy nakłuciu. Na drodze więc chirurgicznej przekonywali się, że przy nabytej kile w wątrobie mogą powstać takie same zmiany, jak w kile wrodzonej. Dunin pisał, że w wielu przypadkach kamicy żółciowej pomaga jodek potasu, te przypadki prawdopodobnie były przypadkami kiły wątroby.

Prof. Rzętkowski zgadza się, że przedstawiony przypadek jest rzadki. Brak żółtaczki, brak odbarwienia kału i inne kliniczne objawy nasuwały myśl o kile. Prof. Rz. zgadza się, że można było skierować chorą na operację, ale nie rozumie, w jakim celu wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe, szczególniej po stwierdzeniu na operacji powiększenia gruczołów.

Kol. Trzciński podkreśla, że w szpitalach specjalnych rzadko spotyka się podobne przypadki. T. opisuje świeżo spostrzegany przez siebie wspólnie z Tokarskim przypadek. Starszy człowiek, tabetyk, zachorował przy objawach ropnicy: ciepłota wybitnie wysoka, która następnie przeszła w skaczącą. Chory czuł się dobrze. Wątroba była duża, twarda, gładka. Pod wpływem salwarsanu wątroba malała. Klinicznie przypadek podobny był do ukrytej sprawy ropnej.

Prof. Gluziński daje wyjaśnienie, że przypadki kiły wątroby z bólami są rzadsze; częstsze są przypadki bez bólów, ze skaczącą ciepłotą, a jednak z leukopenją i limfemją. Wątroba jest duża i gładka, a więc kilaka niema. W podręcznikach syfilidologów spotykamy się nie z dużą wątrobą lecz z małą, jak u Neumanna dlatego, że syfilidolodzy widują ostatnie okresy.

4) Kol. Milewski wygłosił rzecz p. t. »**Szybkość opadania krwinek i jej znaczenie dla kliniki**«.

W dyskusji Mutermilch podnosi, iż sprawa poruszona przez prelegenta przedstawia podwójne zainteresowanie i z punktu teorji i w związku z kliniką. Objawy opadania krwinek świadczą, że jest we krwi zaburzenie w stanie koloidalnym krwi, ale twierdzenie to nie jest pewne. Ujemną stroną omawianego objawu są braki w technice. Na szybkość opadania krwinek wpływają ich wielkość, globuliny, inne białka, CO_2. W odwłóknionej surowicy krwi czerwone ciałka opadają wolno, w osoczu zaś szybko; dowodzi to, że na opadanie krwinek wpływa fibrynogen.

Kol. Węgierko J. Przyśpieszone opadanie krwinek (dodatni odczyn Biernackiego) w przeważającej liczbie przypadków występuje równolegle ze zwiększeniem się »chwiejności koloidowej« osocza i surowicy krwi — czyli, że osocze, w którem krwinki opadają szybko, skłacza się łatwo pod wpływem bodźców zewnętrznych (ciepła, roztworów solnych, wyskoku i t. p.). Jedynie w tych przypadkach, w których opadanie krwinek zależy jeszcze w dużej mierze od samych krwinek, np. od ich ilości (stany chorobowe ze znacznem zmniejszeniem lub zwiększeniem ilości krwinek), możemy zauważyć pewną nierównoległość w występowaniu obu tych zjawisk »skłaczania« i sedymentacji. Przypadki te są naogół dość rzadkie. W. uważa, że w przeważającej liczbie przypadków zarówno odczyn Biernackiego, jak odczyn »skłaczania« prowadzi do tego samego celu. W. wspomina, że opracował mikrometodę, przy jej pomocy można wykonywać »odczyn skłaczania« b. szybko, posiłkując się zaledwie kilkoma kroplami krwi. W. nie sądzi, aby opadanie krwinek, względnie wzmożenie chwiejności koloidowej osocza, (»skłaczanie«) zależało od ilości fibrynogenu. W surowicy daje się również zauważyć opadanie krwinek, aczkolwiek nie tak szybkie jak w osoczu W surowicy chorego na gruźlicę rozpadową krwinki opadają szybciej niż u człowieka zdrowego. Znane są przypadki, w których krwinki opadają b. szybko, a fibrynogenu we krwi jest b. mało, lub też odwrotnie.

W. sądzi, że zjawisko opadania krwinek, a także zjawisko »skłaczania« osocza i surowicy zależy w znacznej mierze od bliżej nieznanego »czynnika zlepiającego«, dzięki któremu mają się wytwarzać coraz większe cząstki białkowe przez ich zlepianie się, aż do rozmiarów widzialnych gołem okiem. Czynnik ten obniża napięcie powierzchniowe i zwiększa lepkość osocza, przez co adsorbuje się na powierzchni czerwonych krwinek. Podczas odwłókniania (lub krzepnięcia krwi) w znacznej mierze adsorbuje się na dużych cząstkach włóknika.

Kol. Obarski jest zdania, że opadanie cz. krwinek nie może stanowić metody rozpoznawczej. Już Chanicki przed 25 laty zwracał uwagę na szereg pobocznych okoliczności, a mianowicie na krzepliwość krwi, na zawartość tlenu we krwi. Na szybkość opadania krwinek wpływa również ustawienie rurki, wysokość słupa krwi, stopień rozcieńczenia, ilość gazu, w odwłóknionej krwi sposób wstrząsania pałeczką. Wobec tego metoda sedymentacji nie może być metodą kliniczną. Potwierdzenie tego znajdujemy u licznych autorów niemieckich.

Kol. Luxenburg zaznacza, że pomimo licznych prac znaczenie kliniczne odczynu Biernackiego nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione i ustalone. L. na podstawie 40 przypadków potwierdził pogląd Biernackiego co do znaczenia fibrynogenu, względnie sprawy utleniania (Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1898). Technika odczynu ma doniosłe znaczenie w ocenie zjawiska. Liczne odmiany metody mają wspólną wadę nieustalonych momentów, jak siła skłócania cieczy krwawej, dodanie cytrynianu sodu, rozmiar cylindra i t. d. Możliwie największą stałość posiada oryginalna metoda Biernackiego, szczegółowo opracowana i opisana w pracy Luxenburga. Godne jest podziwu, że w ojczyźnie twórcy odczynu autorzy uciekają się do metod obcych, wcale nie lepszych. Wszystko nakazuje ostrożność we wnioskowaniu. Stany asfiktyczne, przytoczone przez prelegenta, dają najczęściej przyśpieszenie opadania, w pierwszym rzędzie z powodu rozwodnienia krwi. Hyperglobulja przeciwnie daje zwolnienie sedymentacji. Po uwzględnieniu tych momentów L. stwierdził przyśpieszenie sedymentacji w przypadkach niewątpliwej histerji. L. przyłącza się do wniosku o konieczności ustalenia jednej metody we wszystkich poszukiwaniach, co dałoby możność lepszego porównania i wnioskowania.

Kol. Górecki uważa, że CO_2 wywiera pewien wpływ na alkaliczność krwi, pojemność kwasową białek, drażnienie za pomocą adrenaliny wywołuje pewien wpływ na krew i na opadanię krwinek.

Kol. Brokman zwraca uwagę na to, że przy określaniu opadania krwinek należy uwzględniać czynniki istotne i nieistotne. Istotnemi czynnikami są zmiany w osoczu i w czerwonych krwinkach; nieistotnemi stosunek i ilość czerwonych krwinek, czynnik niedostatecznie oceniany przez obcych autorów. Następnie Brokman przedstawia metodę stosowaną w klinice dziecięcej prof. Michałowicza.

Kol. Komocki uważa, że na różnice w opadaniu krwinek może wpływać płeć osobników, stany fizjologiczne jak przed spożyciem pokarmów lub po spożyciu, pora dnia. Po wyjaśnieniu wszystkich warunków fizjologicznych dopiero będzie można mówić o znaczeniu danego objawu dla patologji.

Prof. Gluziński podkreśla, iż coraz szersze koła zaczynają zajmować się omawianą sprawą. Prof. G. zgodnie z uchwałą Zjazdu Wileńskiego Internistów przemawia zatem, aby nazywać omawiane zjawisko objawem Biernackiego, który głęboko myślał o tej sprawie.

Kol. Alkaufer Henryk nie zgadza się ze zdaniem jednego z przedmowców, że odczyn Biernackiego nie posiada żadnej wartości.

Na oddziale swoim A. stosuje od roku odczyn Biernackiego sposobem Linzenmeier'a. Na jednostronnym (kobiety), dość już stosunkowo obfitym materjale, mówca przekonał się, że omawiana metoda daje pewne wskazówki praktyczne. W przypadkach zakażeń połogowych i ostrych spraw zapalnych narządów rodnych kobiety, gdy ciepłota przez pewien czas trzymała się na poziomie normy i zdawało się, że pacjentkę należy już wypisać z oddziału jako zdrową, szybkie opadanie krwinek wskazywało, że proces chorobowy nie jest zakończony, że należy oczekiwać nawrotu objawów cierpienia, które narazie ucichły. Spostrzeżenie to potwierdziło się dotychczas we wszystkich przypadkach bez wyjątku. Dlatego też A. przy wypisywaniu chorych tej kategorji kieruje się wynikami objawu Biernackiego. Niedawno w jednym przypadku, jedynie na zasadzie odczynu Biernackiego, mówca wyłączył możliwość ciąży, co upoważniło do zabiegu w jamie macicy. Przypadek ten dotyczył 40-letniej chorej, która przybyła na oddział ze skargą na bardzo znaczne opuszczenie ścian pochwy i brak od 3 mieś. miesiączkowania. Macica znajdowała się w tyłozgięciu, powiększona i miękkawa. Trudno było na zasadzie badania ginekologicznego stwierdzić, czy mamy do czynienia z narządem ciężarnym, czy nie ciężarnym. Odczyn Biernackiego wykazał przeszło dwugodzinne opadanie krwinek. Ponieważ przy ciąży objaw Biernackiego bywa przyśpieszony, przeto z całą pewnością przystąpiono do zabiegu, który w zupełności potwierdził dane, otrzymane na zasadzie odczynu Biernackiego. A. przestrzega przed zbytniem lekceważeniem znaczenia praktycznego omawianego objawu i radzi w dalszym ciągu stosować jaknajszerzej tę wysoce interesującą metodę badania.

5) Kol. Zawisza wygłosił rzecz p. t. **»Parę słów prawdy o rzeżączce«.**

W dyskusji kol. Bruner Edward zaznacza, że metoda Janeta dobrze jest znana większości lekarzy-wenerologów warszawskich, B. miał możność zaznajomienia się z nią szczegółowo w klinice dr. Motza w Paryżu. Stosowanie przemywań Janetowskich w ostrym okresie rzeżączki może według B. dawać niekiedy doskonałe wyniki, często jednakże zawodzi i nie chroni chorego przed wystąpieniem powikłań. W razie obecności obfitej wydzieliny ropnej z cewki należy używać rozczynów Hg. oxycyanati, a nie kali hypermanganici. Ten ostatni bowiem lek zazwyczaj drażni śluzówkę i wywołuje pogorszenie sprawy chorobowej. W praktyce należy indywidualizować i kombinować leczenie Janetowskie z metodami bardziej konserwatywnemi. Stosowanie szczepionek, wbrew twierdzeniu prelegenta jest b. rozpowszechnione wśród urologów warszawskich. Szczepionki mogą być bardzo dzielnym środkiem pomocniczym w leczeniu powikłań rzeżączki. Niestety jednakże działanie ich często zawodzi, jakto ogólnie podkreślano i na ostatnim kongresie urologów francuskich. W wielu przypadkach, zwłaszcza w reumatyzmie stawowym rzeżączkowym, wskazane są wysokie dawki (1—5 miljardów). Nie należy jednak zapominać nigdy o ostrożnem dawkowaniu, gdyż często już b. małe dawki mogą wywoływać silne odczyny ogólne.

Kol. Trzciński przemawia gorąco przeciw stosowaniu metody Janeta w ostrej rzeżączce, jako zabiegu zbyt gwałtownego i niebezpiecznego z powodu możliwości wywołania powikłań, jak zapalenie pęcherza, zapalenie gruczołu krokowego, wsierdzia, stawów. Zbyt słabe roztwory, o jakich wspominał prelegent, nie działają bakterjobójczo.

Kol. Zawisza broni metody Janeta, uważając ją za jedynie skuteczną w pierwszych okresach rzeżączki.

Na tem posiedzenie zakończono.

Uroczyste posiedzenie poświęcone pamięci zmarłego Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego ś. p. prof. Alfreda Sokołowskiego

w dniu 1 kwietnia 1924 roku.

Przewodniczący prof. A. Leśniowski.

Prezes podnosi zasługi ś. p. prof. Sokołowskiego, jako członka Twa i jako Sekretarza Stałego tegoż Twa i komunikuje, że zgodnie z wolą zmarłego ś. p. prof. A. Sokołowskiego nad grobem przemawiał jedynie ks. Marceli Nowakowski. Zarząd Twa, pragnąc uczcić pamięć zmarłego postanowił poświęcić Jego pamięci specjalne uroczyste posiedzenie.

Sekretarz doroczny odczytuje depesze nadesłane od Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego ś. p. prof. Sokołowski był członkiem honorowym, od Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, od Towarzystwa Lekarskiego w Zagłębiu.

Prof. L. Kryński w imieniu Towarzystwa Naukowego przedstawia działalność ś. p. prof. A. Sokołowskiego w okresie organizacyjnym Twa Naukowego i następnie jako członka tegoż Twa.

Prof. Gluziński, przemawiając w imieniu Uniwersytetu Warszawskiego dał obraz pracy ś. p. Sokołowskiego na polu nauczania młodzieży lekarskiej w skromnym gabinecie szpitalnym, w ukryciu przed czujnem, wszystko śledzącym okiem władz rosyjskich w ciągu długich lat. Za tę owocną pracę U. W. nadał ś. p. Sokołowskiemu najwyższą godność, jaką posiada — godność honorowego profesora.

Prof. Antoni Górski w imieniu Wolnej Wszechnicy uwydatnił wybitne zasługi zmarłego jako profesora, jego głęboką wiedzę, szeroki pogląd na zjawiska społeczne, budzenia wśród słuchaczów zamiłowania do studjów nad zjawiskami społecznemi.

Kol. Dąbrowski Kazimierz omawia poglądy na gruźlicę, jakie panowały w okresie początkowej działalności ś. p. Sokołowskiego, zwalczanie poglądu nieuleczalności gruźlicy przez prof. Sokołowskiego i wskazanie metod, jakiemi należy walczyć, aby opanować gruźlicę. Do walki z gruźlicą Sokołowski powołał Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Mówca podnosi zasługi, jakie zmarły Profesor położył w Tow. Przeciwgruźliczem, jakie trudności przezwyciężył i do jakiej wysokości podniósł działalność Twa.

Prof. Gluziński w imieniu Koła Internistów w Krakowie oraz Towarzystwa Internistów oddaje cześć pracy ś. p. prof. Sokołowskiego, który tak wybitnie przyczynił się do podniesienia medycyny wewnętrznej w Polsce i dał możność poznania pracy polskiej na polu lekarskiem.

Kol. W. Szumlański przedstawia całokształt pracy naukowej ś. p. prof. Sokołowskiego, ocenia wartość jej naukową i znaczenie dla medycyny polskiej.

Kol. K. Zieliński w imieniu uczniów ś. p. prof. A. Sokołowskiego omówił charakter wykładów zmarłego, nadzwyczaj serdeczny stosunek do uczniów, stałą opiekę, jaką ich otaczał, przez długie lata służąc radą i pomocą, a także gościnność domu profesorstwa Sokołowskich w stosunku do uczniów.

Prezes zwraca się do rodziny zmarłego ś. p. prof. A. Sokołowskiego z wyrazami współczucia, pragnąc, aby cześć jaką zebrani żywią dla zmarłego była dla nich pociechą w nieszczęściu.

W imieniu rodziny, jako najstarszy jej członek, składa gorące podziękowanie brat ś. p. zmarłego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wacław Kowalski, sekretarz doroczny.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 27 kwietnia 1924 r.

Przewodniczący dr. Guranowski.

Kol. Dobrowolski uczcił pamięć prof. Sokołowskiego Alfreda przemówieniem, w którem podkreślił zasługi Jego dla nauki polskiej. Obecni uczcili pamięć ś. p. prof. Sokołowskiego przez powstanie.

Pokazy: I. Kol. Pieniążek. **Przypadek brodawczaka** u 10-letniego chorego. operowany z dobrym wynikiem. Zabiegi wykonywano w znieczuleniu miejscowem i ogólnem. W przebiegu leczenia dokonano tracheotomji, w celu zabezpieczenia przed uduszeniem. Leczenie Roentgenem i pędzlowanie acid. sulforicinic. nie wywierało wpływu w kierunku przezwyciężenia nawrotów. Dopiero po przebytej szkarlatynie w roku ubiegłym zauważono pewne osłabienie bujania. Po ostatniej operacji, dokonanej w roku ubiegłym widać tylko pojedynczy polipek brodawczakowy pod struną głosową.

Dyskusja: Kol. Pęski stosuje tracheotomję w przypadkach, w których brodawczaki umiejscowione są w krtani; w razie umiejscowienia ich w tchawicy stosuje laryngotracheostomję (Metoda Sargniona). Powtórne częste usuwanie brodawczaków nie daje dobrych wyników, wywołuje blizny na strunach.

Kol. Lubliner. Brodawczaki u dzieci trwają do 15—17 roku życia. Tracheotomja ma wątpliwe znaczenie dla przebiegu i leczenia. Przed erą operacyjną leczono brodawczaki krtani środkami wewnętrznemi, jak n. p. Sumitates Sabinae, przypaleniami magnezjowemi.

Kol. Koenigstein uważa tracheotomję za najlepszą metodę leczniczą; Po wyłączeniu krtani ze swej czynności w okresie dojrzewania następuje wyleczenie.

Kol. Chorążycki przypomina, że u dzieci warstwa nabłonkowa brodawczaków jest nieznaczna, pod nią zaś obfita luźna tkanka łączna; u dorosłych pod nabłonkiem mało tkanki łącznej. Z tego względu jest wskazane podawanie wewnątrz jodu.

II. Kol. Pęski: 1) **Rak nagłośni operowany drogą pharyngotomiae subhyoideae.** Wyłuszczona została nagłośnia i część chrząstki tarczowej. Po zeszyciu warstwami rany założono sączki pod skórę. Rany zagoiły się per primam. Uwaga operującego winna być zwrócona na dwa momenty: na możliwość przecięcia więzadła językowo-nagłośniowego; na nerw i tętniczkę krtaniową górną. Przez odciąganie kości krtaniowej haczykiem ku górze i przez przecięcie mięśnia bliżej kości gnykowej udaje się uniknąć uszkodzenia nerwu i tętniczki.

W dyskusji zabierali głos kol. Lubliner, Pieniążek.

2) Przypadek **twardzieli wyleczony naświetlaniami roentgenowskiemi.** Przypadek dotyczył 22-letniego chorego z ciężkiem schorzeniem twardzielowem nosa, gardła, krtani i tchawicy. Z powodu zwężenia krtani dokonano tracheotomji. Po 13 serjach naświetlań przez dr. Sabata chorego można było uważać za wyleczonego. Rurka tracheotomijna zostanie wkrótce usunięta jako zbędna.

Dyskusja: Kol. Lubliner nie widział poprawy po naświetlaniach Roentgenem Przyczyny dopatruje się w wadliwej technice.

III. Kol. Karbowski: 1) **Pokaz chorej wyleczonej z gruźlicy ucha środkowego z przetoką błędnikową w kanale półkolistym naświetlaniami lampą kwarcową.** Naświetlania były robion

przez kol. Miszurskiego. Objawy przetokowe ustąpiły, próchnica wzgórka jamy bębenkowej wykazuje wyleczenie.

?) Pokaz 8 miesięcznego oseska, u którego na tle **gruźlicy ucha środkowego** K. dokonał operacji doszczętnej. Obnażona została przednia i tylna jama czaszkowa z powodu zmian na oponie twardej. Porażenie n. twarzowego po operacji prawie zupełnie ustąpiło. Wygląd rany dobry. *Karbowski*, sekretarz.

W bieżącym roku upływa pół wieku od czasu, kiedy pojawiły się pierwsze prace naukowe Nestora patologów polskich, profesora Browicza. Pół wieku — to okres czasu spory, pół wieku pracy wydatnej i owocnej i uznanej przez swoich i obcych — to zasługa niemała. Wobec tego, że życzeniem sędziwego Jubilata było zaniechanie urządzenia uroczystego uczczenia Jego zasług, ograniczamy się na tem miejscu do złożenia Mu hołdu i wyrażenia czci oraz wdzięczności przedewszystkiem za tą pracę, która utrwaliła Jego imię chlubnie w piśmiennictwie naukowem.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dnia 11. lipca 1924 r. odbyła się w Klinice Pedjatrycznej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie uroczystość wręczenia dyplomów siostrom-pielęgniarkom, które po trzech latach studjów ukończyły Szkołę Wyższego Zawodowego Pielęgniastwa i złożyły przepisany egzamin. Uroczystość tę zaszczycili swą obecnością J. Magnificencja Rektor prof. dr. Sieradzki, dotychczasowy Dziekan Wydz. lek. prof. dr. Nowicki i przyszły dziekan prof. dr. Rencki, bawiący we Lwowie delegat Minist. Opieki Społecznej dr. Zakrzewski, dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia dr. Mikołajski, dyrektor Szpitala Państwowego dr. Krzyżanowski i prawie wszyscy profesorowie Wydziału lekarskiego wraz z kierownikiem szkoły prof Groerem.

Szkoła ta założona została przy Wydziale lekarskim Uniw. Lwow. w r. 1920. jako pierwsza na ziemiach polskich dla celów kształcenia fachowych sióstr-pielęgniarek we wszystkich działach pielęgniarstwa i z zamiarem oddawania ich Klinikom tegoż Wydziału, a w dalszym ciągu szpitalom i t. p. Wytyczną myślą inicjatorów Szkoły było, aby raz przecież uzyskać nowocześnie wykształcony personal pielęgniarski o wysokim poziomie inteligencji bez którego poprawa opłakanych stosunków pielęgniarskich w zakładach leczniczych w Polsce, jakoteż wszelka praca naukowo-lekarska, wymagająca ścisłej i rozumnej obserwacji chorych, jest nie do pomyślenia. Szkoła znalazła pomieszczenie w Klinice Dziecięcej, gdzie też miała swój internat. Wykładali w niej profesorowie, docenci i asystenci Wydziału lekarskiego, ustawodawstwo inspektor dr. Kuhn. Instruktorką była dyplomowana za granicą starsza siostra Amanda Sedlak. W ciągu trzech lat uzyskała Szkoła zaledwie dwa niewielkie zasiłki z Ministerstwa Zdrowia, w r. 1920. w kwocie 60 tys., a w r. 1921. 500 tys. mkp. Wszelkie starania i zabiegi o upaństwowienie Szkoły spełzły na niczem i Szkoła musiała się utrzymywać ze skromnych środków ofiarności prywatnej Mimo, że Szkoła powstała za aprobatą, a nawet zachętą władz centralnych, pod bezpośrednią opieką Wydziału lekarskiego, z inicjatywy czysto rodzimej, bez pomocy obcych (a może właśnie dlatego), ze starannie ułożonym i dostosowanym do naszych warunków programem nauki, z wprowadzeniem praktycznego wyszkolenia w Klinikach Uniw. Lwowskiego, jednem słowem pomimo postawienia jej od początku na wysokim poziomie, a technicznie w gotowej już w formie, zarząd Szkoły nie doznał tego poparcia i zrozumienia ani u władz kierujących ani u społeczeństwa, na jakie zasługiwał. W ostatnich już czasach zarząd Szkoły zwrócił się do Tymcz. Wydziału Sam. o pomoc materjalną w formie utrzymania dla 30 uczennic. Zwrócono się do Tymcz. Wydz. Sam. dlatego, że tenże przyjął agendy Minist. Spraw Wewn. i mógł na miejscu mieć wgląd w czynności, i postępy Szkoły, wreszcie dostałby dla podległych mu szpitali wykształcone fachowo siostry-pielęgniarki. Tymczasem i ten urząd nie zrozumiał należycie intencji Szkoły i własnych korzyści i odmówił wszelkiej pomocy. W stosunku do borykającej się z trudnościami codziennego życia Szkoły lwowskiej raczej wyczuć można było „centralne paraliżowanie" dobrych chęci i zapału jej kierowników. Jakże bowiem inaczej można nazwać fakt, że w Minist. Spraw Wewn. od kilku miesięcy czeka na załatwienie prośba zarządu Szkoły o wyznaczenie dla kandydatek egzaminu państwowego? Wobec daremnych próśb i starań zarząd zniewolony był zrezygnować z odbycia egzaminu państwowego i zastąpił go egzaminem wewnętrznym, złożonym wobec kuratorjum Szkoły, t. j. Dziekana Wydz. lek., dyrektora Szpitala Państw. i profesorów Wydz. lek. oraz w obecności dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

Wobec bierności i obojętności tych właśnie czynników, którym z urzędu zależeć winno na dźwignięciu prymitywnego jak dotąd pielęgniarstwa naszego na wyższe poziomy, a z drugiej strony wobec niezwykle trudnych obecnie warunków gospodarczych i niemożności liczenia na dalszą jeszcze pomoc prywatną, wyłania się coraz bliżej konieczność rezygnacji z dotychczasowych wysiłków i likwidacji Szkoły. Nie bez żalu i goryczy trzeba powiedzieć, że całe dzieło, w które włożono tyle energji, zapału i ducha organizacyjnego, musi upaść skutkiem braku pomocy.

Wycieczkę do Włoch dla lekarzy, mającą na celu zwiedzenie najważniejszych zdrojów włoskich urządza włoskie biuro podróży Enit. Wycieczka rozpocznie się 18 września, skończy zaś 3 października b. r. Zwiedzonem ma być Acqui, S. Pellegrino, Levico, Vetriolo, Roncegno, Salsomaggiore, Bagni di Montecatini, Monsummano, Chianciano, Fiuggi, Agnano. Wycieczkę poprowadzi prof. Guido Ruata. Wycieczce towarzyszyć będą tłumacze dla języka włoskiego, francuskiego, angielskiego i niemieckiego. W zgłoszeniu uczestnictwa należy też podać, do jakiej grupy językowej chce się być przydzielonym. Lekarzowi może towarzyszyć jedna osoba z rodziny. Wyjazd nastąpi z Medjolanu gdzie też jest punkt zborny. Końcową miejscowością wycieczki jest Neapol. Wycieczka zwiedzi także Rzym. Uczestnicy otrzymają od stacji granicznej włoskiej do Medjolanu zniżki kolejowe, ważne od 6. IX do 20. X. Opłata wynosi za wszystko t. j podróż i hotele i utrzymanie pierwszej klasy 1600 lirów. Zgłaszać się należy do 31 lipca z przesłaniem opłaty pod adresem: Ente Nazionale per le Industrie Turistiche 6. Via Marghera, Roma (21).

Bliższych informacyj udzieli Biuro podróży „Orbis" Lwów, ul Jagiellońska 20.